

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

VALEUR SÉMÉIOTIQUE DES BATTEMENTS PULSA-
TILES CONSTATÉS A L'ENDOTOSCOPE.

Par le Dr GELLÉ

CLINIQUE OTOLOGIQUE.

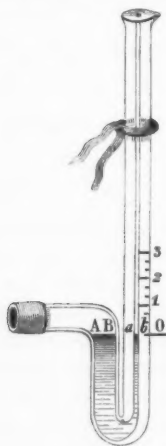
L'organe de l'ouïe est inclus dans de vastes cavités osseuses ; l'oreille moyenne n'est en réalité qu'une cellule osseuse dont une seule paroi, le tympan, est mobile, extensible et accessible aux regards. Aussi tous les accidents de la tension intérieure se trahissent-ils par des changements d'aspect et de forme de la membrane du tympan, de même que le jeu des parties et les signes de l'aération naturelle ou artificielle de la cavité se montrent clairement dans les diverses modifications de la voussure, de la tache lumineuse et de la translucidité, etc... de cette mince cloison mobile. Ce sont là des symptômes objectifs de premier ordre qui constituent les éléments les plus sérieux du diagnostic otologique. Cependant il n'est plus à démontrer combien aléatoires sont les jugements portés sur l'état de l'organe et de la fonction de l'ouïe quand on les base uniquement sur les signes fournis par l'inspection. A ce point de vue, il existe une différence profonde dans la valeur de ces signes en sémiotique auriculaire et oculaire.

La situation cachée des oreilles moyennes et la facilité avec laquelle les lésions superficielles masquent rapidement le fond et s'opposent à tout examen au delà de la cloison vibrante, donnent, au contraire, une importance majeure aux

procédés et aux méthodes que ces conditions anatomo-pathologiques n'altèrent pas, et qui rendent appréciable le jeu de ces parties profondes et inaccessibles aux regards.

L'endoscope amplifie et manifeste au dehors les mouvements du tympan les plus légers, soit par les oscillations et les changements brusques de niveau, soit par les pulsations visibles de la colonne liquide qui le constitue.

Véritable manomètre en somme, c'est un instrument sim-



ENDOSCOPE DU D^r GELLÉ.

AB. Niveau des liquides du gros tube dont le calibre égale 5 fois le petit tube *a b*.
0. Niveau dans le tube vertical gradué.

ple et qui rend de grands services en permettant ainsi de découvrir certains phénomènes physiologiques ou pathologiques difficiles ou impossibles à étudier directement. L'endoscope du D^r Gellé est un tube en U, sorte de manomètre de verre qui s'adapte au conduit auditif externe; son calibre dans la tige verticale (= 10 cent.) est tel qu'il y a une ascension de 5 millimètres pour un déplacement du niveau du liquide de 1 millimètre dans la grosse branche adaptée à l'oreille. Il y a ainsi une amplification suffisante des oscillations transmises au liquide du manomètre par les mouvements de la membrane

du tympan, de la mâchoire (ceux-ci à éviter), ou par les pulsations des vaisseaux dans les cas pathologiques.

L'instrument est introduit dans le conduit en soutenant le pavillon, et maintenu en place par une bande frontale élastique (Voir la figure).

Pour obtenir un niveau bien fixe et visible, il faut remplir le tube d'eau simple (toute teinture crasse le tube) en l'aspirant par la tige verticale, l'instrument baignant dans le verre d'eau ; et pendant l'introduction, un doigt bouche l'orifice libre pour éviter l'issue du contenu soit dans l'oreille du sujet soit en dehors.

En otologie, dans bien des conditions pathologiques, il n'est pas besoin d'artifice pour constater l'existence de mouvements, battements, pulsations, dans l'aire du speculum auris; et le phénomène est très facilement appréciable. La surface du liquide exsudé miroite éclairée par le réflecteur, et on observe les soulèvements et dépressions alternatifs de la tache lumineuse réfléchie ; en abstergeant le fond avec la boulette d'ouate, tout disparaît ; puis une nouvelle couche de sécrétion fluide couvre la surface en vue et les pulsations recommencent. On sait la valeur de ces signes, on les observe dans l'otite aiguë, dans l'otohorrhée au moment des poussées aiguës sur les fongosités, sur les produits exsudés à la surface de la muqueuse tympanique enflammée et mise à nu ; c'est de la clinique de tous les jours. Mais comme on a vu les mêmes lésions de la caisse, avec exsudat, exister sans battements, il faut en conclure que ceux-ci trahissent une phase spéciale de la maladie, quelque chose qui s'y ajoute momentanément. En effet, il s'agit d'une fluxion ou poussée nouvelle inflammatoire, d'un retour à l'état aigu avec fièvre locale ; c'est la suractivité dans la circulation tympanique et aussi l'intensité du processus qui se trahissent ainsi.

Dans ces conditions, l'œdème inflammatoire comble les cavités auriculaires, la tension vasculaire soulève et gonfle les tissus hypertrophiés et les pulsations artérielles deviennent perceptibles, comme le pouls de la radiale, grâce à la paroi osseuse de la caisse résistante.

La gouttelette liquide donne le trait lumineux dont les

soulèvements isochrones au pouls manifestent l'état d'hyperhémie de l'organe profond.

Mais on peut quelquefois constater des battements, des mouvements d'expansion, des changements intermittents de coloration à la surface du tympan non perforé; cela se voit sur le tympan rouge vif, cramoisi, bombé en dehors, quand les hasards de la pratique font examiner une otite aiguë dès les premiers jours, à la période fluxionnaire, avant toute altération de tissu et la formation d'exsudat, bien avant la période de suppuration qui modifie si complètement l'aspect de la membrane otique.

Cependant ce sont des moments de l'évolution inflammatoire qu'il n'est pas très fréquent de saisir et d'observer; et l'on sait combien pareille chose est regrettable, puisqu'une incision profonde du tissu engorgé amène le plus souvent la résolution rapide du processus, quand bien même il y a du côté opposé une otite suraiguë infectieuse en pleine suppuration. Mais, dans ces cas, les phénomènes fluxionnaires ont une intensité telle que les battements pulsatiles sont des signes presque de pure curiosité clinique et leur constatation n'apporte en définitive aucun élément utile au diagnostic; de plus, ils sont évidents et attirent les regards de l'observateur, et il n'est besoin d'aucun artifice expérimental pour voir les pulsations, grâce à l'énergie du phénomène. Ce n'est pas seulement dans ces cas aigus, à marche active et manifestement inflammatoire que l'hyperhémie de la muqueuse tympanique se rencontre; et de plus il existe une foule de conditions anatomo-pathologiques où l'inspection de la caisse est rendue impossible ou sans pénétration par suite des altérations du tissu du tympan qui couvre le tissu d'un voile opaque; enfin, il y a des combinaisons et des variétés de sièges des lésions vasculaires chroniques ou subaiguës de la cavité tympanique que les aspects du tympan ne décèlent aucunement; de sorte qu'il y a plutôt alors tendance pour le clinicien qui juge du fond par la surface à admettre par suite une marche décroissante de processus locaux qui ne se trahissent aux yeux par rien de significatif. L'exploration faite

avec l'endoscope permettra souvent en pareilles circonstances de découvrir un état subinflammatoire, congestif, peu apparent, et la raison d'être de troubles subjectifs persistants et inexplicés.

Cet instrument manométrique rendra donc manifestes en les amplifiant les signes de la fluxion cachée, de l'hyperhémie méconnue du fond de la caisse.

Les pulsations transmises à la colonne liquide montreront de toute évidence qu'il y a derrière le tympan atone un œdème inflammatoire expliquant la compression du labyrinth et l'allure de l'affection.

Ainsi à des hypothèses plausibles, on aura substitué la précision et la netteté du fait. Ce battement pulsatile annonce la vascularisation anormale et la réplétion de la caisse ; il prouve qu'il existe une lésion intratympanique, et que cette lésion est inflammatoire et congestive.

De là une indication des plus sérieuses d'un traitement topique antiphlogistique se déduit d'ores et déjà ; l'idée pathogénique en est le guide logique et sûr. On parlait déjà, en l'absence de signes objectifs nets, démonstratifs, de neurasthénie, de troubles purement subjectifs de l'ouïe ; il se trouve simplement une lésion auriculaire indiscutable. D'autres fois, c'est tout l'opposé, les troubles subjectifs, les bruits agaçants à forme de battements, les pulsations otiques décrites par les malades semblent faire présumer l'existence d'un état des plus congestifs de l'organe auditif ; mais l'examen endoscopique montre que tout dans l'appareil se meut normalement et qu'il y a absence de battements pulsatifs.

Or, souvent un tympan opaque ou très insignifiant n'avait pas permis d'aller aussi loin dans le diagnostic de l'état local ; n'est-ce pas un élément important à connaître que la persistance ou l'absence de la fluxion sournoise intra-tympanique ? et n'est-on pas aussitôt renseigné sur la nature même du mal, comme sur la direction à donner au traitement.

Quand un sujet a présenté ces pulsations du liquide de l'endoscope à une phase initiale aiguë de sa maladie ; qu'on les a vues cesser un certain temps pendant la convalescence ; leur réapparition, coïncidant avec le retour des

troubles auditifs, n'a-t-elle pas une grande valeur; et surtout n'explique-t-elle pas bien ce redoublement ou la récédive, et souvent bien mieux qu'une banale obstruction tubaire dont l'action pathogénique est trop facilement alors exclusivement admise. Le diagnostic du siège précis du processus est ainsi nettement précisé, c'est à l'oreille moyenne qu'il faut adresser le traitement.

La méthode de l'endoscope est précieuse pour reconnaître l'état de la circulation sanguine dans la caisse du tympan. De plus, elle vient en aide à l'observateur trop souvent privé de signes objectifs dans les affaires secondaires, dans les récédives d'otites moyennes diathésiques, etc.

Pour ma part, je dois à cette recherche méthodique des états fluxionnaires intra-tympaniques, d'avoir pu reconnaître à leur origine certaines congestions otiques sans symptômes précis autres que les troubles subjectifs (vertiges, bruits, craquements, lourdeur de tête, incapacité intellectuelle, etc.) ou, au contraire, d'avoir constaté la persistance de ces états fluxionnaires à des périodes souvent très éloignées du début de l'affection, jugée en résolution cependant, malgré une surdité rebelle.

A l'endoscope, je dois d'avoir posé le diagnostic sérieux d'états pathologiques méconnus et d'avoir pu conclure à une intervention thérapeutique active, couronnée de succès.

Voici quelques cas de ma clinique hospitalière et de ma pratique où l'exploration endoscopique a certainement, pour une part, contribué à éclairer le diagnostic et conduit à appliquer un traitement topique curatif.

1^{re} OBSERVATION (résumée). — 10 avril. — Femme de 48 ans, bien réglée; sourde dès le jeune âge, et bien plus au moment des règles; elle fait répéter de face; se plaint de bourdonnements plus agaçants et plus forts aux menstrues; n'a jamais eu d'écoulements d'oreilles. Montre perçue à droite à 6 centimètres et à gauche à 2 centimètres seulement. Perception crânienne de la montre bonne. Rien ne passe à l'otoscope par le valsava: les trompes sont closes; à l'endoscope, aucun déplacement non plus; avec le politzer, non plus; mais belle ascension de

la colonne liquide avec l'insufflation par le catheter. On remarque de plus que le *niveau du liquide de l'endoscope est animé de battements très nets isochrones au pouls*. La malade n'en a pas conscience; elle est dans ses mois; et par conséquent au moment d'une aggravation des bruits subjectifs. Or, l'exploration du tympan n'apprend que peu de chose sur les conditions anatomopathologiques de ces recrudescentes mensuelles des troubles auditifs, à l'une desquelles j'assiste par hasard. Les tympanes sont lisses, pâles, clairs, translucides en haut; et bien moins en bas, et le triangle lumineux manque; ils sont immobiles par le valsava et le politzer; mais très obéissants à l'aération par le cathéter, avec le retour élastique en plusieurs ressauts tardifs par la déglutition. Le manche du marteau et l'apophyse externe normaux; aucun vaisseau; pas de déformation de la cloison. Diagnostic: sclérose; rhino-pharyngite insignifiante.

On voit qu'aucun signe objectif ne pouvait ici rendre compte de la poussée auriculaire mensuelle; d'après l'inspection, on ne saurait découvrir ce mouvement congestif et cet orgasme vasculaire périodique. Or, les battements pulsatiles observés à l'endoscope signalent un trouble circulatoire évident.

Quelle est sa cause? je pense qu'on peut admettre, malgré l'absence de renseignements, qu'il y a eu de l'otorrhée dans le tout jeune âge; tout est cicatrisé à la surface, mais sans doute quelques fongosités persistent dans la cavité proche de la cloison tympanique; au moment des règles, le sang y afflue, cause les battements, et les troubles auditifs signalés comme s'exagérant alors.

Cette constatation a fait diriger le traitement dans le sens d'une intervention active, qu'au premier abord ne semblait pas indiquer l'aspect des parties.

2^e OBSERVATION (*résumée*). — Homme, 56 ans, est devenu sourd depuis deux mois, à la suite d'un bain de vapeur. Il n'entend plus la montre, mais répond bien à mes questions, de face, à voix ordinaire; il y a deux mois il n'entendait qu'un bruit vague. Depuis son bain de vapeurs, il est affligé de bourdonnements atroces, aigus, de sonneries, de carillons qui l'ahurissent et lui rendent la vie insupportable; ils sont incessants et dominant tous les bruits extérieurs. Il a la tête lourde, de la céphalalgie gravative, depuis le début; et toujours une sensation de battements, de chocs dans la tête, aux tempes, et de

compressions, de tension dans les deux oreilles. Il n'a pas de vertige, mais ne se sent pas solide sur ses jambes.

La montre n'est pas perçue même collée aux méats, ni à droite ni à gauche ; l'auscultation transauriculaire bien positive. A l'otoscope, léger souffle par le valsava, sans claquement tympanique ; avec l'endoscope, aucun effet non plus de ce côté ; aucun mouvement n'est observé dans le niveau de la colonne liquide, pas de battement pulsatile. A l'inspection, on trouve les tympans, blancs, gris clair ; voussure normale ; immobilité totale par le valsava, triangle et manche nets ; aucune douleur locale ; à droite, ton gris plus mat, mais aucune déformation, ni vascularisation ; mobilité par l'aération avec le cathéter et transparence normale.

Dans ce fait curieux, à part les signes d'une obstruction tubaire sans doute déjà vieille, les signes objectifs font absolument défaut. On s'attendait à ce que les battements ressentis si vivement par le sujet se seraient manifestés par des pulsations à l'endoscope ; il n'en est rien : Sensation nerveuse pure alors, car les oreilles ne sont ni tendues ni vasculaires. La lésion n'a donc pas son siège dans l'organe périphérique, ou tout au moins les points les plus atteints paraissent être surtout les labyrinthes, et peut-être plus encore les centres nerveux. Ainsi l'aération très suffisante n'a pas paru modifier l'état de souffrance du malade.

D'autre part l'absence de battements à l'endoscope ne permet-elle pas de conclure que les bains de vapeur n'ont pas agi en congestionnant l'extrémité céphalique, mais plutôt par une action anémiant sur le cerveau, chez un neuropathique ; l'aspect et l'allure du sujet semblent plutôt faire admettre cette opinion.

Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance de cette distinction au point de vue du traitement à instituer.

En résumé, tantôt les battements pulsatiles existent, à l'insu du malade ; tantôt le médecin s'étonne de les observer alors qu'aucun signe n'en faisait supposer la possibilité ; enfin, on les cherche en vain dans certaines conditions où l'on a cependant de grandes raisons de croire qu'on doit les rencontrer. Ils trahissent un engorgement aigu ou subaigu intratympanique ; mais dans bien des cas ils reconnaissent pour cause la présence de végétations profondes qu'une poussée nouvelle, périodique quelquefois, gonflées, grossies, vascularisées ; et qui transmettent

au tympan la pulsation insolite qu'elles reçoivent. C'est le cas, à mon sens, de la première de mes observations.

Dans les observations suivantes, la cavité tympanique entière est prise ; et c'est vraiment le pouls de cette muqueuse hyperhémisée et adématiée que l'endoscope bat.

3^e OBSERVATION. — 25 mars. — Homme 40 ans, est convalescent de variole depuis deux mois ; il a gardé depuis de la céphalalgie, avec douleurs aux tempes et une surdité même à la parole assez accusée ; il fait répéter les moindres questions et n'entend pas s'il ne voit pas parler ; de plus il lui semble que la surdité s'accroît ; or, il avait l'ouïe excellente avant la variole. Du reste, état général excellent ; forces, appétit, sommeil normaux.

Cet homme accuse aussi une très grande sensibilité aux bruits ; des paroles trop sonores, des cris l'irritent, et lui sont douloureux à entendre. La montre est entendue à 10 centimètres à droite et à 1 centimètre à gauche, et nulle part sur le crâne. L'auscultation transauriculaire (auscultation à l'otoscope du son cranien) est négative à droite et à gauche pour la montre. L'auscultation otoscopique des bruits de déglutition, du valsalva, etc. est nulle des deux côtés ; il en est de même de l'examen avec l'endoscope qui ne donne aucun résultat. Mais on y voit *le niveau liquide animé de battements pulsatiles isochrones au pouls*. On ne peut nier que cette constatation éclaire beaucoup plus le diagnostic de la lésion et précise très nettement sa nature fluxionnaire et son siège. Elle met de plus au second plan l'action pathogénique de l'oblitération des trompes, et donne toute sa valeur, à cette opacité du quart supéro-postérieur de la cloison que l'observation signale. C'est en effet l'activité même du processus morbide qui est ainsi mise en lumière ; et c'est dans la caisse même qu'il évolue.

L'affection n'apparaît plus comme siégeant seulement au labyrinthe, ou sur la chaîne osseuse ; on ne peut pas admettre, ainsi que l'ancienneté de la maladie portait à le faire, une sclérose avec compression du labyrinthe. Encore aujourd'hui, il y a là un foyer, indolore presque, il est vrai, mais manifestement inflammatoire et bien auriculaire et lié à une affection de l'oreille moyenne.

Les deux organes fournissent la même épreuve à l'inspection, tympans lisses polis, roses sur le pôle supérieur ; assez concaves à l'umbo ; manches nets ; pas de triangle lumineux ; à travers la cloison translucide, vue d'un repli jaunâtre, opaque, au niveau

de la bourse postérieure, sans saillie de la membrane; mais la rendant opaque dans le quart supéro-postérieur. Par conséquent, il y a un gonflement évident très vasculaire, de la muqueuse tympanique avec voussure légère du tympan et oblitération non permanente et franchissable des trompes. On diagnostique une otite moyenne hypertrophique consécutive à la variole.

L'élément inflammatoire subaigu se trahit dans ce fait par les signes objectifs évidemment; et, par la gravité de la surdité on est appelé à reconnaître un engorgement extrême des deux caisses du tympan; mais l'observation des battements pulsatiles transmis à l'endoscope ne donne-t-elle pas mieux que tout le reste la mesure de cette fluxion et la notion de l'énergie assez intense de cette otite secondaire, d'allure si étrange par sa persistance, deux mois après la guérison de la maladie d'origine?

Ces pulsations du niveau de l'endoscope sont observées sur de vieilles otorrhées guéries, récemment séchées et cicatrisées, mais qui laissent un fond tympanique encore vivement coloré: c'est un vestige de la vascularisation générale, de la congestion anormale des tissus otiques, que les yeux ne peuvent apprécier. Les pulsations manquent d'autre part souvent sur des oreilles fongueuses, peu suppurantes et indolores; ces types sont d'observation quotidienne. C'est la vigueur de l'orgasme vasculaire que les pulsations indiquent: c'est la condition de leur existence.

4° OBSERVATION (*résumée*). — Chez un adulte, j'ai pu lentement et graduellement enlever un polype énorme, détruire des fongosités et nettoyer la caisse par le grattage, après section du lambeau postérieur² du tympan qui masquait le fond. Tout était guéri, cicatrisé; l'otorrhée nulle; le tympan sec et largement perforé, laissant voir le fond rouge sec de la caisse, et cela depuis quinze jours au moins; l'endoscope cependant montra l'existence des battements pulsatiles, signe de l'état de vascularisation persistant de l'oreille, état qui ne se manifestait par aucun autre signe visible; l'audition s'était bien améliorée. Par opposition, une vieille otorrhée avec peu d'exsudat, mais avec un aspect fongueux, épais, pâle, mollassé du fond de la caisse très largement béante, sans apparence d'irritation aucune, ne donna point de pulsations sur l'endoscope: c'est un guide pour le pronostic.

5° OBSERVATION (*résumée*), 20 avril. — Homme, 47 ans, bien

portant ; est sourd à droite depuis trois ans. Il remarque que l'oreille gauche baisse depuis trois mois ; pas d'écoulement, pas de bourdonnement, ni de vertige ; il entend bien la parole ordinaire, avec un seul interlocuteur ; obstruction tubaire du côté gauche ; sclérose droite avec trompe libre. J'enlève un bouchon de cire à gauche ; je fais le politzer ; la montre est perçue aussitôt à 8 centimètres à gauche. Le 16 mai, la montre est entendue à 12 centimètres, l'état est excellent ; le tympan opaque, un peu rouge au pôle supérieur, peu lisse, n'a pas de triangle lumineux ; otite chronique, défervescence.

En juin, rhume, coryza fébrile, avec sécrétion muco-purulente. L'audition est affaiblie, la montre n'est plus sentie qu'à 5 centimètres à peine à gauche. Il y a des bourdonnements intenses ; à l'otoscope = 0, trompe close ; à l'endoscope rien par le valsava. Mais on remarque l'existence de forts battements pulsatiles de la colonne liquide de l'instrument. Le 8 juin, mieux général, détente ; mais trompes peu perméables et battements visibles encore. Peu à peu, l'air pénètre avec le catheter, ascension nette du liquide du manomètre entodoscopique, mais sans retour à la normale. Malgré cela, les *battements du niveau liquide persistent*. Le 23, M = 8 centimètres à gauche ; ascension très suffisante du niveau de l'instrument et retour immédiat sans déglutition, à la normale, soulagement graduel.

Le 3 juillet. — Mieux, M = 10 centimètres ; mandrin encore serré cependant, et aération nulle par le politzer ; *battements légers mais nets* du niveau de l'endoscope.

Le 15 juillet. — Le coryza est fini ; l'air circule par le valsava et le politzer surtout ; les bourdonnements deviennent très intermittents ; la montre est perçue à gauche à 15 centimètres, puis à 22 centimètres, et nul battement n'est plus observé depuis.

L'aspect du tympan, à part son peu de mobilité élastique, ne pouvait en aucune façon renseigner sur la marche de l'affection catharrhale aiguë de ce malade. L'exploration par l'endoscope a véritablement permis de suivre pas à pas le processus inflammatoire, et de constater la réplétion de la caisse tympanique, puis son aération, difficile d'abord et de plus en plus complète et durable.

Autre fait.

6^e OBSERVATION. N° 59. 6 mars. — Homme 40 ans. Fièvre ; catarrhe depuis 10 jours ; coryza intense.

Depuis 3 jours douleurs vives à l'oreille gauche, et surdité de ce côté avec battements, bourdonnements, sonneries qui l'énervent. M = peu perçue, collée au méat, et non sur le front ou l'apophyse mastoïde; râles muqueux sonores à l'otoscope par le politzer, sans claquement tympanique.

Aucun mouvement sur l'endoscope, mais *battements pulsatiles nets, isochrones au pouls*; à droite, rien de tel; cette oreille est normale.

Rien ne passe par le cathéter. Le 10^e jour, le politzer réussit, et il y a une amélioration évidente de l'ouïe et des bourdonnements. Le 15^e jour, M = 12 centimètres, mieux général et local; aération nette, facile, par le valsalva aussi bien que par le politzer.

Le 18^e jour, M = à 45 centimètres; claquement tympanique à volonté par la déglutition, le bourdonnement a cessé.

Deux mois après, retour du sujet qui se plaint de lourdeur de tête, de bourdonnements sourds, d'incapacité intellectuelle; pas de douleurs nulle part. M = à droite à 1 mètre et 25 centimètres, et à gauche à 50 centimètres.

Perception crânienne normale, épreuve d'auscultation trans-auriculaire douteuse.

A l'otoscope quelques râles humides; trompe à gauche imperméable; rien à la gorge ni aux fosses nasales.

On juge qu'il y a un peu d'oblitération tubaire seulement. L'aspect du tympan gauche est peu significatif; il est opaque, sans rougeur, mais de ton bleu violet généralement et très excavé; manche net sans vaisseau.

A l'endoscope cependant, on constate des *battements pulsatiles isochrones au pouls*, très énergiques, et il est évident que la caisse participe au processus et est pleine. Une incision tympanique immédiate, donne issue à un peu de liquide séro-sanguinolent; l'air passe aussitôt. Un traitement énergique par les révulsifs et le sulfate de quinine à haute dose achève la guérison rapide sans récurrence.

Dans cette observation, il est clair, que l'on pouvait croire à une simple obstruction tubaire, mais le diagnostic d'otite moyenne, et de réplétion de la caisse a pu être absolument posé grâce aux pulsations manifestées sur l'endoscope.

On s'aperçoit aussi que dans ce fait toutes les épreuves de séméiotique auriculaire étaient négatives, mais la présence de l'oblitération tubaire suffisait à tout expliquer; or, les pulsations

de l'instrument ont été le seul signe de la fluxion otique et le meilleur guide du diagnostic et du traitement topique, si utile en pareil cas.

En résumé :

Avec l'endoscope on peut étudier l'état de la circulation sanguine de la caisse du tympan ; dans la fluxion active de la muqueuse tympanique ou des fongosités incluses, cet instrument montre des pulsations isochrones au pouls.

Cette constatation est surtout utile quand les signes objectifs manquent, cas fréquent en otologie.

C'est l'activité même de la poussée fluxionnaire inflammatoire dans l'oreille moyenne que trahissent les pulsations de l'endoscope. Elles disparaissent lors de la défervescence, mais persistent tant que la vascularisation anormale dure ; à ce point de vue, elles sont d'un pronostic important dans les affections chroniques.

Enfin leur absence dans certains cas de troubles subjectifs d'apparence congestive permet de localiser le siège de la fluxion aux parties profondes, ou de reconnaître l'origine purement nerveuse des phénomènes pathologiques.

II

DE L'EXAMEN DU PHARYNX NASAL

Par le Dr F. MOUNIER

Dans toutes les affections chroniques des oreilles, du larynx et du nez, l'examen du malade doit comprendre, pour être complet, l'exploration du pharynx nasal. C'est là un point indiscutable, qui ressort avec évidence de l'étude des affections de l'oreille, le plus souvent à point de départ tubaire, et des troubles laryngiens si variés, réflexes ou par propagation, dont l'origine n'est la plupart du temps qu'une lésion du cavum pharyngien.

Cette exploration se fait, soit par la rhinoscopie postérieure, soit par le toucher. Le principe est admis, mais il

faut bien avouer qu'on ne pratique la rhinoscopie postérieure que lorsqu'elle *semble* pouvoir donner une explication qu'on a demandée en vain à la rhinoscopie antérieure ou à l'examen du pharynx buccal ou du larynx. Le seul motif qui empêche cet emploi systématique de la rhinoscopie postérieure, est uniquement la difficulté qu'elle présente, même pour les plus habiles.

On peut quelquefois explorer le rétro-pharynx, et d'une façon profitable pour le diagnostic, sans avoir au préalable badigeonné fortement à la cocaïne au dixième, non seulement la face antérieure du voile du palais, mais encore sa face postérieure, et, du coup, la paroi pharyngienne; mais ces cas sont loin d'être les plus fréquents. Quand le badigeonnage est nécessaire, même rapidement fait, il est fort désagréable au patient, et le praticien y renonce souvent ou se contente d'une application timide qui n'amène qu'une anesthésie incomplète, d'où un examen forcément imparfait.

Chez certains malades, et leur nombre est encore assez élevé, après un vigoureux badigeonnage à la cocaïne, le voile du palais est encore collé sur la paroi pharyngienne, ou si peu distant de cette dernière, qu'on ne voit rien de la région à explorer.

C'est du reste cet obstacle, apporté par le voile du palais, et tenant, soit à sa contraction, soit à son épaissement dans la pharyngite chronique, qui a toujours préoccupé ceux qui ont eu à explorer le rétro-pharynx. Aussi, de tout temps, a-t-on usé d'un moyen violent, et le seul applicable en bien des cas, surtout chez les enfants : nous voulons parler du toucher digital.

TOUCHER DIGITAL

Il est pratiqué avec l'index de la main droite, qui, introduit dans la bouche largement ouverte du patient, est porté rapidement en arrière du voile du palais. Le médecin se place à la droite du malade, son bras gauche maintenant la nuque, pendant que la main de ce côté se place sous le maxillaire inférieur, le pouce déprimant la joue entre les deux mâchoires. De la sorte, si à un moment le sujet veut

mordre (et la chose est fréquente chez l'enfant), la douleur qu'il ressent par morsure de sa joue le fait renoncer à une nouvelle tentative. La personne à examiner doit être assise, le chirurgien étant debout.

L'exploration doit être méthodique. Après avoir reconnu les choanes, le doigt se dirigera vers l'ouverture tubaire d'un côté et la fossette de Rosenmüller, puis passera de l'autre côté, après avoir glissé contre la paroi postérieure. Quant à la paroi supérieure, elle sera rarement atteinte, si ce n'est chez les enfants, à moins que quelque tumeur ne la porte pour ainsi dire au-devant du doigt. Quand il y a des végétations adénoïdes, on a la sensation de petites masses molles, irrégulières, friables, qui emplissent quelquefois à ce point le pharynx nasal, qu'on ne retrouve qu'avec difficulté les points de repère anatomiques. Le plus souvent cette exploration fait un peu saigner le malade.

RHINOSCOPIE POSTÉRIEURE

Quant à la rhinoscopie postérieure, méthode plus moderne, dérivée de la laryngologie, en dehors du petit miroir rond généralement admis pour cet examen, elle a amené la création de nombreux instruments, dont le but a toujours été de favoriser le passage des rayons lumineux, par l'attraction en avant du voile du palais, ou mieux encore par l'attraction en avant jointe à l'élévation.

Nous n'insisterons pas ici sur la technique habituelle de la rhinoscopie postérieure, au sujet de laquelle nous renvoyons à l'excellent traité de Moldenhauer, sur les maladies des fosses nasales (1).

Pour pratiquer l'examen, il faut avoir à sa disposition un miroir rond, un abaisse-langue, un réflecteur frontal et une source lumineuse ; mais, avant tout, le chirurgien doit se rendre compte de l'état du pharynx *buccal* du sujet. Il y a deux cas à envisager :

- 1° Le pharynx est sain ;
- 2° Le pharynx est malade (signes de pharyngite chronique).
- 1° En présence d'un voile du palais d'apparence mince,

(1) MOLDENHAUER, p. 37.

distant de la paroi pharyngienne, on peut tenter la rhinoscopie postérieure par l'abaisse-langue et le miroir. Avec un peu de pratique, surtout si l'on se sert d'une très petite, glace, de un centimètre de diamètre, par exemple, il est presque de règle qu'on puisse examiner tout à son aise le rétro-pharynx. C'est une question d'habileté manuelle et de douceur, car brusquer le malade, c'est se condamner par avance à n'arriver à rien d'utile.

Nous avons vu, pour notre part, ces pharynx tolérants, surtout chez les femmes, et en particulier chez celles qui chantaient. Il est quelquefois indispensable, par suite de la sensibilité extrême du sujet, de faire précéder l'examen d'un badigeonnage à la cocaïne.

2° En présence d'un pharynx chroniquement enflammé, offrant de faux piliers et un épaissement de la muqueuse, d'où un voile du palais épais, lourd, contracté, collé à la paroi pharyngienne et ne laissant, pour ainsi dire, aucun espace en arrière de lui, ces moyens de douceur ne sont plus de mise.

Les badigeonnages répétés à la cocaïne étant sans résultat, par suite du rétrécissement mécanique de l'isthme naso-pharyngien, il faut en arriver à l'emploi d'instruments qui, en attirant en avant le voile du palais, créent en arrière une voie aux rayons lumineux que pourra y diriger le miroir.

Nous allons passer en revue les divers instruments en usage, ainsi que leur mode d'application.

CROCHET PALATIN

Le crochet de Voltolini, assez semblable à l'écarteur employé en chirurgie, se glisse sous le voile du palais, qu'on peut ainsi attirer en avant. Mais l'opérateur doit en faire



FIG. 1. — Crochet palatin.

tenir le manche par un aide, afin de pouvoir lui-même placer d'une main l'abaisse-langue et de l'autre le miroir. On comprend sans peine que c'est là un grand inconvénient,

car, ou l'aide tire trop et le malade fait des efforts qui gênent considérablement l'examen, ou il ne tire pas assez et le crochet ne sert à rien. Du reste, l'aide, dans cette circonstance, embarrasse certainement le chirurgien.

RHINOSCOPE

Nous devons au professeur Duplay un instrument qui, au premier abord, semble mettre aux mains du praticien le moyen d'arriver au but proposé ; en face du malade, le résultat est tout autre. Le rhinoscope se compose essentiellement d'un miroir fixé sur la tige qui le supporte, et en avant de lui se meut, à la volonté de l'opérateur, un anneau formé d'un fil mince, qui par conséquent ne gêne pas la vue, et destiné à relever la luette. Concurrément avec le rhinoscope, il faut employer l'abaisse-langue.

La défectuosité de l'instrument tient surtout à ce que le miroir ne peut être déplacé latéralement pour l'inspection des diverses parties du cavum pharyngien, sans déplacer en même temps l'anneau relève-luette, ce qui favorise bien inutilement les contractions du voile du palais, d'où un examen impossible. De plus, le relèvement de la luette n'est pas suffisant, de par le peu de résistance de l'anneau et sa faible projection en avant. Enfin, la main qui retient le rhinoscope est sans appui, et forcément, là encore, la traction ne sera pas toujours égale.

TUBES DE CAOUTCHOUC

On a même été jusqu'à introduire dans une narine un tube de caoutchouc, dont l'extrémité engagée, passant derrière le voile du palais, était ramenée en avant et nouée au devant de la lèvre supérieure avec l'extrémité libre. Si ce procédé donne de l'espace et mérite d'être appliqué dans certaines opérations longues, il doit être laissé de côté pour un simple examen, comme trop douloureux.

RELÈVE-LUETTE

Toujours poussés par la difficulté de la rhinoscopie postérieure, et désireux de pouvoir l'employer même dans les cas

où elle est impraticable par l'abaisse-langue et le miroir seuls, les spécialistes étrangers ont inventé des relève-luette qui, une fois en place, se maintiennent d'eux-mêmes.

La tige relève-luette n'est autre que le crochet de Volto-lini, plus ou moins modifié dans sa forme. Sur cette tige glisse un anneau qui supporte deux griffes à extrémités mousses, destinées à aller se placer au-dessus de la lèvre supérieure, de chaque côté des ailes du nez. Tel est le principe des trois relève-luette que nous connaissons. La seule particularité qui les différencie, c'est la manière dont l'anneau qui supporte les griffes peut être fixé, à la volonté de l'opérateur, sur la tige relève-luette à la hauteur convenable pour maintenir le voile du palais relevé.

Dans celui de Schmidt, c'est une vis qui limite le glissement de l'anneau sur la tige du relève-luette; ce qui, au

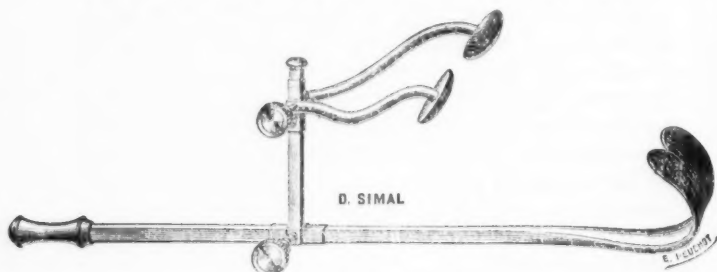


FIG. 2. — Releveur de Schmidt.

point de vue pratique, laisse beaucoup à désirer, car c'est une perte de temps pendant laquelle la cocaïne use son effet anesthésiant.

Dans celui de Hopmann, la mobilité de l'anneau sur la tige relève-luette est limitée par la force même nécessaire à tirer en haut et en avant le voile du palais. En effet, de la tige du relève-luette partent deux crans où on engage deux caoutchoucs semblables à ceux qui maintiennent les petits paquets et qui se fixent à l'anneau mobile sur deux autres crans semblables. Quand on tire vers l'extrémité libre de la tige du relève-luette l'anneau mobile et les griffes qui le

surplombent, on tend les deux caoutchoucs et on a de la sorte un ressort, dont le but sera de constamment rapprocher l'anneau mobile, du crochet du relève-luette engagé sous le voile du palais. Si les griffes sont appliquées de

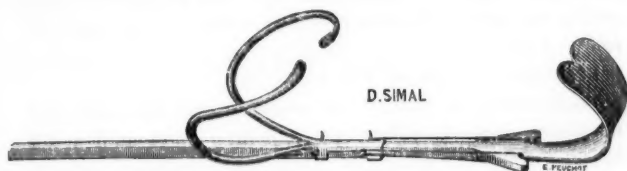


FIG. 3. — Relèveur de Hopmann.

chaque côté des ailes du nez, pendant que le crochet tire en avant le voile du palais, on conçoit que de la sorte cette traction en avant puisse être continue et bien plus douce que si l'anneau qui supporte les griffes est fixé, à la hauteur voulue, par une vis sur la tige où il glisse.

Quant au relève-luette de Schnitzler, il présente une courbure de sa tige de traction, regardant vers la voûte palatine. A l'endroit où la courbure commence, la tige de traction se sépare, suivant sa longueur, en deux moitiés qui forment ressort par leur tendance à s'écarter chacune de la ligne médiane ; leur face externe est à crans.

Il en résulte que l'anneau, porteur des griffes, glisse sur ces deux ressorts, quand une main de l'opérateur les rapproche jusqu'au contact ; et peut, au contraire, s'arrêter à la distance voulue, quand le chirurgien abandonne les deux portions de la tige, qui visent, de par leur structure, à s'éloigner l'une de l'autre.

Le principe de ces trois relève-luettes est donc le même, et ils ne varient que par quelques détails de construction.

Pour les appliquer, il faut, après avoir, au préalable, badigeonné vigoureusement le voile du palais, sur sa face antérieure et postérieure, avec une solution aqueuse de chlorhydrate de cocaïne au 1/10^e, déprimer avec un abaisse-langue la base de cet organe, pendant que de l'autre main, qui tient le premier ou le troisième des relève-luettes dont

nous venons de parler, on va accrocher le voile du palais. A ce moment, abandonnant l'abaisse-langue, on amène aussi en avant que possible, le relève-luette avec la main qui le tenait primitivement, et de celle qui est libre, on abaisse jusqu'au contact de la face, de chaque côté du nez, les deux griffes mousses. On immobilise ensuite, sur la tige du relève-luette, l'anneau qui les supporte, d'après la manière usitée dans l'instrument dont on se sert.

De la sorte, le crochet qui relève le voile du palais est maintenu, dans sa position, par le point d'appui qu'il a sur la face à son autre extrémité. Avec le relève-luette de Hopmann, l'application peut se faire d'une seule main, après badigeonnage à la cocaïne. Plaçant le pouce de la main droite sur l'extrémité extra-buccale de la tige du relève-luette, et l'index et le médium de la même main de chaque côté des griffes que supporte l'anneau mobile, on rapproche les deux derniers doigts du premier et on tend ainsi les caoutchoucs. Il ne reste plus alors, après avoir abaissé la langue avec la main gauche, qu'à accrocher le voile du palais.

Quand on l'a amené en avant, autant qu'il est possible, il suffit de relever la main qui tient l'instrument et de relâcher le médius et l'index, pour que les deux griffes, tirées par le caoutchouc, aillent s'appliquer au-dessus de la lèvre supérieure. Le relève-luette est alors en place.

Quand l'un quelconque de ces trois instruments est posé, il n'y a plus qu'à abaisser la langue d'une main, pendant que de l'autre on place le miroir ; l'espace obtenu entre le voile du palais et le pharynx est en général suffisant.

Ces relève-luette ont plusieurs inconvénients.

Le premier, et dont il faut tenir compte, est la crainte qu'inspire aux malades tout cet appareil et le fait renoncer à se laisser examiner.

Le second, et non le moins désagréable, est que si la cocaïnisation n'est pas suffisante, le voile du palais se rétracte, et le crochet palatin dérapant, le relève-luette tombe et est projeté en avant.

Ces instruments ont surtout un avantage, quand on désire faire une opération dans le pharynx nasal sous la con-

duite du miroir. Une fois, en effet, le relève-luette placé, si le chirurgien fait tenir l'abaisse-langue par le malade lui-même, ou par un aide, il a les deux mains libres et peut porter à la fois derrière le voile du palais un miroir et un instrument. Mais, quand il s'agit d'un simple examen, il est vraiment bien inutile de fatiguer autant le patient.

ABAISSE-LANGUE-RELEVÈ-LUETTE

Le nouvel instrument que nous présentons, construit par M. Galante, sert à la fois, ainsi que l'indique son nom, à abaisser la langue et à relever la luette.

Il a la forme d'un abaisse-langue ordinaire. Au niveau de la portion coudée, existe un pivot contenant un axe transversal sur lequel une tige, dont l'extrémité buccale forme le relève-luette, peut faire un mouvement de bascule et en même temps se déplacer d'avant en arrière.

Ce double mouvement a pour but :

- 1° De relever le voile du palais;
- 2° De le porter en avant.

La tige du relève-luette est coudée en arrière du pivot, et son extrémité, correspondant au manche de l'abaisse-langue, se termine par une surface plane, échancrée supérieurement. De la sorte, le pouce de la main qui tient l'instrument peut se placer sur l'extrémité libre de la tige relève-luette, au moment de l'introduction dans la bouche; puis appuyer sur le bord échancré pour amener l'élévation du voile du palais; enfin continuant son mouvement d'avant en arrière et glissant dans l'échancrure, exercer sa pression sur la deuxième face de la plaque terminale, d'où attraction en avant du voile du palais préalablement accroché.

L'abaisse-langue a 8 centimètres de long. Le relève-luette dans la portion buccale a même dimension; il est formé d'une tige assez mince, ronde, ne s'élargissant qu'au moment de former le crochet palatin, lequel est fenêtré pour offrir plus de prise par la muqueuse qui s'engage dans l'espace libre.

En avant du point où elle est coudée, la tige relève-luette est aplatie transversalement, et creusée d'une fenêtre d'un centimètre et demi de longueur, pour permettre un déplace-

ment d'avant en arrière sur l'axe transversal qui la supporte. Cet axe, contenu entre deux montants du pivot, est doublé d'un galet qui facilite les mouvements de glissement.

Au-dessous du point qui reçoit le pouce sur la tige relève-luette, se trouve un autre galet, permettant le glissement de cette extrémité sur le manche de l'instrument. Ainsi, le mouvement d'élévation du crochet palatin est limité par la rencontre de son extrémité extra-buccale avec le manche de l'abaisse-langue; celui de projection en avant du crochet qui tient le voile se fait par glissement, de cette même extrémité libre, sur la portion où elle appuie, et se trouve limitée par la longueur de la fenêtre pratiquée dans la tige du relève-luette.

L'application de notre instrument exige trois temps.

1^{er} Temps : Le pouce de la main gauche reposant sur la plaque qui termine l'extrémité libre du relève-luette et le crochet palatin reposant sur l'abaisse-langue, *déprimer la base de la langue et accrocher le voile du palais.*

2^e Temps : *Relever le voile du palais au moyen d'une pression exercée par le pouce de la main qui tient l'instrument.* (Mouvement limité, par la rencontre de l'extrémité extra-buccale du relève-luette, avec le manche de l'abaisse-langue.)

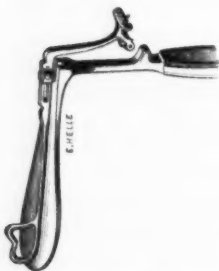


FIG. 4. — Position du 1^{er} temps.

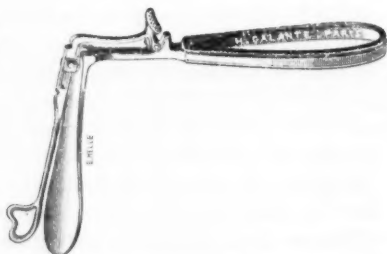


FIG. 5. — Position du 2^e temps.

3^e Temps : Le pouce de cette même main exerçant un mouvement de traction, *attirer le voile du palais en avant.*

Il n'est plus alors besoin que d'introduire le miroir rond dans l'espace resté libre entre le crochet palatin et l'extrémité buccale de l'abaisse-langue.



FIG. 6. — Position du 3^e temps.

Avec cet instrument, on tient pour ainsi dire le malade à sa merci, car plus le dos de la langue tendra à s'élever, comme dans tous les cas où le voile du palais se révolte au contact du miroir, et plus le voile du palais sera relevé de par l'écartement fixe qui existe entre le releveur palatin et l'abaisse-langue. Le crochet palatin ne pouvant ainsi déraeper, on peut donc, à volonté, par un simple mouvement de pince, amener le voile du palais aussi en avant qu'il est nécessaire.

Il est bien entendu qu'un badigeonnage à la cocaïne au dixième est presque indispensable, ne serait-ce que pour éviter au patient une sensation pénible. Mais il a rarement besoin d'être répété, car la mise en place de l'instrument ne demande que quelques secondes, et l'examen a pu être pratiqué avant que l'anesthésie produite ait eu le temps de disparaître.

Il nous est même arrivé d'appliquer notre abaisse-langue relève-luette sans cocaïne, ce qui est impossible avec les relève-luettes ordinaires.

En résumé, nous ne voyons que deux catégories d'instruments dignes d'appeler l'attention du chirurgien pour lui faciliter la rhinoscopie postérieure, ce sont les relève-luettes et notre abaisse-langue relève-luette.

Les avantages du dernier sur les premiers sont les suivants :

Mise en place plus facile et plus rapide.

Appareil mieux supporté.

Maintien ferme de l'écartement du voile de la paroi pharyngienne, qui peut être augmenté par un simple coup de pouce.

Enfin un écartement constant et toujours égal entre le dos de la langue et le bord libre et relevé du voile du palais; c'est-à-dire un chemin largement ouvert, et toujours le même, pour le passage du miroir et des rayons lumineux.

III

TUMEURS FIBREUSES PRÉ-ÉPIGLOTTIQUES

Par le Dr O. LAURENT, de Bruxelles.

Communication faite à la seconde réunion des otologistes et laryngologistes belges.)

J'ai l'honneur de vous présenter les préparations microscopiques d'une tumeur opérée à la clinique laryngologique de l'hôpital Lariboisière. Je remercie M. le Dr Gouguenheim d'avoir bien voulu me permettre de collaborer à l'opération.

Il s'agit d'une femme de 47 ans, qui a toussé pour la première fois et pendant quelques jours, en mars 1890. La toux s'est ensuite reproduite de temps à autre, mais elle est devenue continue depuis six semaines et a pris un caractère quinteux très prononcé. La voix est rauque.

A l'examen laryngoscopique, le larynx se montre tout à fait normal, mais en avant de l'épiglotte, sur la partie postérieure de la base de la langue, on trouve trois tumeurs dont l'une a le volume d'une petite noix. Elles présentent une coloration identique à celle de la muqueuse voisine, elles ont une surface lisse et leur consistance est fibreuse. On re-

marque aussi que l'épiglotte suit les mouvements de la tumeur la plus volumineuse.

La malade a beaucoup maigri depuis six semaines, mais elle ne présente pas d'antécédents particuliers et il n'existe pas de tuméfaction des ganglions sous-maxillaires.

L'ablation des tumeurs offrant des difficultés lorsqu'on emploie le laryngoscope, leur extirpation se fait directement sous le doigt servant de guide à l'aide de la forte pince coupante de M. Gouguenheim.

Un phénomène qui nous frappe, c'est que la malade parle aussitôt avec plus de facilité.

J'ai fait, à l'Ecole pratique, avec M. le Dr Legry, l'examen microscopique des fragments enlevés, mais leur caractère histologique est assez vague. On y reconnaît pourtant l'existence d'une assez grande quantité de tissu fibreux peu serré avec quelques cellules de tissu conjonctif et des vaisseaux. Les faisceaux fibreux circonscrivent par places de très petits espaces qui ne sont pas nettement cellulaires. Les préparations ont été durcies, les unes à l'alcool, les autres dans le liquide de Müller et colorées soit au moyen du picrocarmin, soit par l'hématoxyline et l'éosine. Elles ont été soumises à l'examen de MM. les professeurs Cornil et Letulle qui ne se sont pas prononcés d'une façon nette à leur égard. Néanmoins le caractère fibreux de ces néoplasmes ne paraît pas douteux.

On sait du reste que la région pré-épiglottique peut être le siège des altérations les plus variées. On peut y rencontrer l'inflammation et l'hypertrophie de l'amygdale linguale. M. Ruault en a observé un certain nombre de cas à la suite de Lennox-Browne, de Heymann et d'autres. Les kystes dermoïdes n'y sont pas rares. Les kystes thyroïdiens s'y rencontrent parfois également : ils sont congénitaux et proviennent du conduit thyro-lingual méso-branchial. Rosenberg, à propos d'un travail d'ensemble sur les tumeurs de la région pré-épiglottique, a présenté à la Société laryngologique de Berlin (séance du 20 février) un cas de papillome. Signalons aussi l'enchondrome, l'ostéome, le sarcome et le carcinome.

Si nous considérons notre cas d'après ses caractères cliniques, nous sommes porté à le regarder comme une hypertrophie fibreuse de la quatrième amygdale. Mais l'absence du tissu qui la caractérise, ne nous permet pas d'accepter cette interprétation, et nous croyons qu'il est plus exact de désigner l'affection sous la dénomination de tumeurs fibreuses pré-épiglottiques.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire raisonné des maladies de l'oreille, du nez, de la gorge, du larynx et de l'œsophage, par G. FICANO (Palerme, C. Clausen, 1891, 1 vol. in-8° de 130 pages).

La médecine italienne qui, dans le milieu de ce siècle s'était tenue un peu à l'écart du mouvement scientifique, a subi dans ces dernières années une rénovation radicale et tend à prendre un des premiers rangs. La laryngologie y est florissante, peut-être plus même que chez nous : cela tient non aux hommes, mais aux choses ; les conditions d'études, au delà des Alpes, sont meilleures : le nez, le larynx y sont des organes qu'un médecin « arrivé » peut étudier sans porter atteinte à sa dignité. Sous l'impulsion puissante que lui a imprimée Massei, notre spécialité y progresse rapidement, et l'Italie nous envoie chaque année d'excellents manuels spéciaux que nous louons en attendant que nous les imitions. Le petit livre du Dr Ficano, s'il était traduit, devrait prendre place dans la bibliothèque de tous les praticiens français. Chaque affection de l'oreille, du nez, de la gorge, du larynx, y est décrite en quelques lignes qui en caractérisent le diagnostic ; puis la thérapeutique en est exposée, non point un traitement obscur, compendieux, où le médecin ne sait comment se reconnaître, mais quelques formules claires, précises, et tout à fait d'accord avec les travaux les plus récents.

M. L.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE ET D'OTOLOGIE
DE PARIS

COMPTE RENDU PAR P. GASTOU

Séance du 3 juillet 1891

Présidence du D^r GELLÉ

Deux cas de guérison de suppurations chroniques de la caisse par excision du marteau, par le D^r Luc (de Paris). — Après avoir dit que le curettage de la caisse est utile dans quelques cas d'ostéite chronique tuberculeuse, l'auteur, voulant démontrer que ce curettage n'est pas toujours suffisant, et qu'il est souvent nécessaire de se donner du jour par l'ablation préalable d'un ou deux osselets, cite les deux cas suivants :

1^{re} OBSERVATION : Malade de 24 ans, vigoureux, écoulement de l'oreille droite datant de 7 ans, devenu fétide depuis 2 ans et consécutif à l'introduction d'un cure-dent dans l'oreille.

Pas d'amélioration par les traitements habituels : on fait la perforation du tympan sous la petite apophyse du marteau, il apparaît aussitôt une masse polypiforme végétante. La sonde donne sur la tête du marteau la sensation de végétation et de mobilité. L'ouïe a comme acuité 0.02 centim.

Insensibilisation locale par la cocaïne au 1/3, section du tendon du muscle interne du marteau ; ce dernier est saisi au niveau du manche à l'aide d'une pince et enlevé, il présente des irrégularités au niveau de sa tête. Cette opération donne lieu à un petit écoulement de sang. Curettage de la cavité tympanique supérieure.

A la suite de l'opération : vertiges, bourdonnements, vomissements bilieux. Les jours suivants atténuation de ces phénomènes, mais surdité plus considérable. A travers la perte de substance on voit la corde du tympan.

A la date du 27 mai, c'est-à-dire 2 mois après, les vertiges ont cessé, l'ouïe est améliorée, mais reste inférieure à ce qu'elle était auparavant ; son acuité est de 0,01 à la montre. Il n'existe plus d'écoulement.

2^e OBSERVATION. — B. 29 ans, porteur de cicatrices d'abcès froids; depuis novembre, écoulement purulent de l'oreille gauche, pus fétide. Le fond du conduit est occupé par une masse poly-piforme qui est extraite avec le serre-nœud. Cautérisation du moignon avec l'acide chromique cristallisé; instillations d'acide borique en suspension dans l'alcool absolu.

Consécutivement: douleurs d'oreilles, paralysie faciale gauche.

Au bout de 3 semaines, le polype se reforme, on l'extrait à la curette, il se reproduit.

L'insertion de ce polype semble se faire en arrière du marteau au niveau de la partie postéro-supérieure de la caisse.

Pour se donner du jour, pour voir les lésions et les poursuivre, l'auteur chloroformise son malade et extrait le marteau.

L'écoulement du sang étant abondant, le curettage est fait d'après les indications données par le doigt et très profondément en allant jusqu'à défaut de sensation de mollesse.

Application de chlorure de zinc au dixième; gaze iodoformée.

Consécutivement, ni douleur ni vertige; la suppuration continue; il existe une insensibilité complète du bord gauche de la langue.

Le 29 mars apparaît une nouveau polype en haut et en arrière. A cause de la suppuration il est à craindre qu'on soit obligé de trépaner les cellules mastoïdiennes.

Avant d'en arriver là, l'auteur tente un nouveau curettage, se servant de la brèche produite par l'enlèvement du marteau et d'une curette coudée poussée à fond.

Quinze jours après, la suppuration est tarie et les fongosités n'ont plus reparu.

Discussion.

D^r Mior fait observer qu'il est impossible de discuter une communication qui est du domaine courant, d'autant plus que l'auteur n'est point là pour se défendre; cependant il reproche au D^r Luc la hardiesse d'un curettage fait à l'aveugle: en allant trop près de la paroi supérieure de la caisse, il aurait bien pu enfoncer le plafond et curer le cerveau.

D^r MÉNIÈRE est du même avis; ces faits sont du domaine chirurgical, c'est un exposé de choses vues et faites et non un travail original.

D^r Mior dit que s'il était question de résection du marteau et non d'excisions, il demanderait la permission de montrer un

instrument qu'il a imaginé pour la résection du manche du marteau.

D^r GELLÉ se demande comment on peut voir l'hiatus de l'antra si on n'enlève que le marteau et le manche. L'enclume gêne d'avantage, elle a dû être enlevée; dû reste le polype avait dû la détruire, sans cela la curette n'aurait pu marcher.

D^r MIOT. L'auteur semble justifier l'enlèvement d'un marteau non carié. Ne pouvait-il pas simplement enlever la moitié postérieure du marteau? Il ne faut jamais désarticuler ce qui n'est pas carié; quoique l'acuité auditive puisse rester bonne après la désarticulation, il est préférable de garder intacte la chaîne des osselets. Il arrive souvent qu'après avoir essayé plusieurs traitements sans succès, on se décide pour l'extraction, et qu'aussitôt la résolution prise, l'écoulement se tarit comme par enchantement.

D^r GELLÉ. Je suis du même avis que M. Miot; j'ai été sur le point, un jour, d'opérer un de mes malades : en changeant de traitement il a guéri. Ces grandes opérations ne sont pas prudentes; je n'admets l'extraction du marteau que dans les cas où il a sa tête cariée et garnie de fongosités.

D^r MIOT, tout en reconnaissant la valeur des observations du D^r Luc, croit qu'il ne faut pas vouloir opérer quand même, pour ne pas déprécier la chirurgie auriculaire, qui a tant de tendance à l'être en France.

Présentation d'instruments. — Le D^r MIOT présente un instrument, un sécateur, permettant de couper la longue apophyse du marteau. Le manuel opératoire consiste à inciser la membrane tympanique en avant et en arrière du manche, et à insinuer la lame du sécateur entre la paroi interne de la caisse et le marteau.

Comme un même sécateur pour les deux oreilles pourrait entraîner la lésion de l'articulation endo-stapédale ou briser une branche de l'étrier, l'auteur a fait construire un sécateur pour chaque oreille.

D^r GELLÉ : Avec le sécateur Delstanche on saisit bien, mais l'instrument glisse.

D^r MIOT : Ce qu'il y a de difficile avec la plupart des instruments, c'est de les insinuer entre la paroi interne et le marteau.

D^r MÉNIÈRE : Pour bien tenir avec l'instrument de Delstanche, il faut serrer bien perpendiculairement. J'ai coupé de cette façon un fil de fer de 3 millimètres.

D^r GELLÉ : Je suis partisan de faire seulement la section de la branche descendante pour les bourdonnements.

D^r MIOR : Au lieu de couper la grande branche, il vaut mieux faire la désarticulation endo-stapédale, on s'expose moins à casser ou arracher une branche de l'étrier.

Carcinome de la corde vocale gauche. — Laryngofissure. — Mort cinq jours après, par le D^r LICHTWITZ, de Bordeaux. — (Sera publié.)

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DE BERLIN

COMPTE RENDU PAR KRAKAUER

Séance du 26 juin 1891.

Présidence de M. B. FRAENKEL.

M. KATZENSTEIN présente un cas de *tumeur nasale récidivée*. Le malade, âgé de 25 ans, avait eu il y a deux ans, une tumeur intra-nasale du volume d'une noix, segmentée et saignant facilement, dont le siège ne pouvait être exactement défini.

L'examen microscopique révéla un sarcome à cellules fusiformes. Une opération fut pratiquée en octobre 1889 après incision du nez. La tumeur provenait de la partie postérieure et supérieure du septum. Guérison par première intention.

Au bout de quelque temps apparurent, à la place de l'opération, des végétations muqueuses bénignes. En août 1890, il survint un accroissement rapide, et l'examen d'un fragment révéla un sarcome. Le malade refusa de continuer le traitement.

Actuellement la tumeur occupe toute la moitié droite du nez, qui est largement œdématié; et la région de la surface lisse du frontal est très proéminente. Sur la face dorsale du nez, on voit, dans une étendue de 2 centimètres, deux ouvertures.

La paupière supérieure droite est œdématiée, infiltrée et présente un ptosis incomplet. Le lobe oculaire dévie en bas et en dehors. On note une diplopie entrecroisée. Les muscles oculaires externes sont tous parésés. Le fond de l'œil est normal.

Complications nerveuses de la paralysie du crico-aryténoïdien postérieur, par MM. SCHORLER et REMACK.

M. SCHORLER. Le malade présente une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur droit; la corde vocale est dans la position d'adduction et est légèrement concave. Phonation à peu près normale; peu de raucité. La moitié droite du voile paraît élargie, la gauche rétrécie.

L'excitabilité réflexe de la voûte palatine postérieure est un peu diminuée à droite. Diagnostic : Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieur et interne droits.

M. REMACK a observé dans ce cas encore beaucoup d'autres complications qui sont dignes de remarques pour savoir s'il s'agissait d'une paralysie périphérique ou centrale.

En dernier lieu, la langue s'est prise aussi: il existe une hémiatrophie droite relative, cette moitié droite de la langue étant bien plus mince que la gauche. La langue ne dévie pas quand on la tire; au contraire, elle reste dans la ligne droite. L'excitabilité est considérablement diminuée; toutefois, il n'existe aucune réaction de dégénérescence. Il s'agit donc d'une atrophie musculaire à marche progressive lente.

Du côté du muscle facial, il n'y a pas de paralysie directe; mais il existe de légères convulsions musculaires du côté droit de la commissure des lèvres: l'œil droit ne peut pas non plus se fermer complètement. Léger nystagmus; myosis.

Même sans déviation de la tête, le muscle sterno-cleido-mastoïdien, ainsi que la partie supérieure du trapèze, ne répondent à aucune excitation.

Le nerf vague est intact. Surdité nerveuse à droite.

Pour l'étiologie de cette affection, il faut exclure le tabès et la syphilis. Le malade dit avoir eu, il y a vingt ans, une angine, probablement un abcès de l'amygdale; depuis lors, la déglutition lui est pénible. L'enrouement date d'un an et apparut consécutivement à des convulsions de la moitié droite de la face.

Le diagnostic différentiel consiste à savoir s'il s'agit d'un processus de la base ou circonscrit à la région des nerfs cérébraux ou d'une lésion nucléaire de la moitié droite de la moelle. L'auteur cite les faits de la littérature qui s'y rapportent et, en particulier, un cas qu'il a observé avec Israël, dans lequel l'ensemble des symptômes fut occasionné par l'extirpation d'une tumeur (cavernome) de la région du trou jugulaire.

Remack croit qu'il s'agit ici d'un processus de la base du

crâne, malgré l'immobilité de la pupille, qui est plutôt considérée comme un symptôme d'affection centrale.

Discussion.

M. GRABOWER croit que le cas est en faveur de sa théorie, d'après laquelle le nerf vague seul pourrait provoquer l'innervation motrice des muscles du larynx. S'il s'agissait ici d'une affection nucléaire, le noyau du vague devrait être atteint, ce qui n'est pas. Justement la participation unilatérale du muscle dilateur plaiderait en faveur de la paralysie isolée des fibres du vague qui desservent ces muscles.

M. REMACK ne peut adhérer aux théories de Grabower, et il croit fermement, d'après ses observations, à la manière de voir de Bischof et de Claude Bernard.

M. SCHEIER présente deux préparations de carcinôme de la base de la langue situé immédiatement en arrière du foramen cœcum.

PRESSE ÉTRANGÈRE

1° Hémorrhagies du labyrinthe dues à l'anémie pernicieuse;

2° Hémorrhagies du labyrinthe dues à l'anémie simple; 3° Un cas de nouvelle formation d'os dans le tympan, par J. HABERMANN (*Prager med. Wochenschrift*, n° 39, 24 septembre 1890.)

1° L'auteur rapporte l'histoire d'une malade âgée de 21 ans, morte d'une anémie pernicieuse. Des symptômes observés pendant la vie, ne nous intéressent que la surdité, le bourdonnement et le vertige intense dont la malade était atteinte.

Le sang examiné à plusieurs reprises était aqueux, très pâle, et montrait une coloration rouge très irrégulière, comme marbrée. Au microscope on trouvait un entassement incomplet, comme des pièces de monnaie, des globules rouges, beaucoup de globules rouges isolés, beaucoup de microcytes, quelques prikilocytes, et le nombre des globules blancs peu modifié.

A l'autopsie, on constatait entre autres des hémorrhagies des méninges, du cerveau, du pharynx, du péricarde, de l'intestin grêle et de la rétine de l'œil droit.

L'auteur a disséqué l'oreille droite. L'oreille moyenne était normale. Pour examiner le labyrinthe, il ouvrit la paroi anté-

rieure du limaçon et des canaux semi-circulaires supérieur et postérieur, durcissant tout l'organe dans le liquide de Müller, le décalcifiant dans l'acide azotique à 5 0/0 et l'enferma dans la cello-line pour faire ensuite l'examen microscopique.

Le conduit auditif interne et le nerf acoustique étaient normaux. Le limaçon, à part quelques petites hémorragies, était aussi normal. Par contre, dans le vestibule et dans les canaux circulaires il existait des hémorragies très étendues que l'auteur décrit en détail.

Les vaisseaux au niveau des hémorragies n'étaient pas étasés et l'extravasation du sang a dû se produire par diapédèse.

Comparant les symptômes observés chez la malade avec les résultats de l'autopsie de l'organe de l'ouïe, l'auteur explique la surdité et les bourdonnements par les hémorragies labyrinthiques. Quant au vertige, étant donnée l'incertitude de nos notions sur la fonction des canaux circulaires, l'auteur n'ose se prononcer sur la question de savoir s'il était dû aux hémorragies des canaux ou plutôt aux lésions du cerveau qu'on avait également constatées.

2° Le cas n'a été observé que sur le vivant et quatre années seulement après le début de la maladie. La malade, âgée de 20 ans, a eu quatre ans auparavant des hémorragies stomacales, intestinales et rétinéennes. En même temps elle était devenue sourde, avait éprouvé des bourdonnements et par moment du vertige. Plus tard, l'anémie disparut sous l'action des eaux minérales ferrugineuses de Franzensbad en Bohême, l'acuité visuelle devint normale, et il ne resta qu'une légère surdité. Étant donné l'absence de lésions de l'appareil transmetteur des sons et l'apparition simultanée d'hémorragies dans d'autres organes, l'auteur conclut à une hémorrhagie labyrinthique probable.

3° Il s'agit d'une malade ayant succombé aux suites d'une anémie grave, d'une dégénérescence graisseuse du cœur avec péricardite récente, et d'autres maladies. L'oreille gauche a été examinée par Habermann. Il constata une ancienne perforation du tympan provenant d'une otite moyenne suppurée et une hyperplasie du tissu fibreux avec incrustations calcaires du reste du tympan telle qu'on la rencontre si souvent après des otites chroniques. Mais la seule chose remarquable dans ce cas c'est l'existence de corpuscules osseux dans une partie de la plaque calcaire. Toutefois il n'y avait ni canaux de Havers ni lamelles osseuses.

LICHTWITZ.

De l'influence des affections de l'oreille sur le développement et la marche des maladies mentales, par BJOLJAKOW. (Congrès des médecins russes à Moscou du 3 au 10 janvier 1890; in *Neurolog. Centralbl.*, n° 7, 1^{er} avril 1891.)

L'auteur a vu 24 cas d'aliénation mentale chez lesquels existait en même temps une inflammation suppurative de l'oreille moyenne et interne. Dans 17 de ces cas l'existence de l'otite a pu être constatée à l'autopsie. Chez la plupart des malades observés, l'affection se montrait sous la forme d'hallucinations auditives.

Dans la moitié des cas ces hallucinations étaient unilatérales.

L. L.

Sur une modification nouvelle du traitement borique des suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par A. SCHEIBE. (*Münch. med. Woch.*, n° 14, 7 avril 1891.)

L'auteur n'a en vue que les suppurations chroniques des cavités accessoires de l'oreille moyenne, notamment de la cavité qui se trouve en haut et en arrière de la caisse, et qui est accessible par une perforation de la membrane de Shrapnell.

Dans les cas de suppuration de cette cavité, l'auteur recommande d'après Bezold l'insufflation directe de poudre boriquée au moyen d'une canule tympanique.

Voici son procédé: Après avoir nettoyé le conduit auditif et avoir enlevé des granulations s'il y en a, il fait des injections dans la cavité accessoire à l'aide de la canule tympanique qu'il introduit, en s'éclairant par le miroir frontal, à travers la perforation de la membrane de Shrapnell. Puis il sèche avec une petite sonde munie d'ouate (toujours en s'éclairant) la petite cavité autant que c'est possible, et enfin, à l'aide d'une canule tympanique sèche il insuffle l'acide borique finement pulvérisé dans la cavité.

Par ce traitement l'auteur a vu guérir les cas les plus anciens qui avaient résisté aux injections répétées pratiquées avec la canule tympanique et dans lesquels, malgré l'ablation du marteau et l'ouverture de l'apophyse mastoïde, la suppuration n'avait pas tari.

Pour démontrer l'influence de l'insufflation directe de la poudre boriquée, Scheibe rapporte trois observations de la clinique du professeur Bezold.

LICHTWITZ.

De l'étiologie des oscillations de la tête, par J. SINGER. (*Prager med. Wochenschr.*, n° 42, 1890.)

L'auteur rapporte trois cas d'oscillations de la tête dus à des affections auriculaires.

Dans le premier cas les spasmes étaient survenus après un catarrhe du nez et de l'oreille moyenne et rappelaient les mouvements forcés qu'on obtient chez les pigeons en lésant les canaux semi-circulaires.

Le deuxième cas concerne un enfant atteint d'otite suppurée. Chez la troisième malade atteinte de vertige de Ménière il n'existait pas d'oscillations, mais elle tenait continuellement la tête penchée à droite.

L. L.

De la pachydermie du larynx, par E. MEYER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42, 1890.)

La pachydermie des cordes vocales n'est guère connue que depuis le travail de Virchow publié en 1887, bien que Hünemann, dans une thèse de Berlin parue en 1881, ait déjà signalé l'existence de cette affection.

Virchow donne la description suivante de l'aspect des cordes vocales :

« Dans la partie postérieure de la corde vocale, là où l'apophyse vocale de l'aryténoïde fait saillie immédiatement au-dessous de la muqueuse, on trouve des deux côtés un bourrelet hypertrophique de forme ovale, 5 à 8 millimètres de long et 3 à 4 millimètres de large, qui habituellement se dirige un peu obliquement d'en arrière et d'en haut, en avant et en bas, de sorte que son extrémité antérieure se trouve au-dessous du bord de la corde. Au milieu de ce bourrelet existe une excavation oblongue de peu de profondeur. »

L'auteur s'occupe de la partie clinique de cette affection qu'il a observée chez 11 malades de la clinique et de la clientèle du professeur Fraenkel.

Il n'a observé la pachydermie du larynx que chez des hommes de 36 à 40 ans, de forte constitution et n'ayant d'autres maladies qu'une pharyngite et une laryngite chronique, affections fréquentes chez les fumeurs et buveurs.

D'après l'auteur c'est une affection bénigne. Il n'a pas vu de suites graves comme le dit Hünemann.

Les malades se plaignent habituellement de quelques douleurs à la déglutition et d'une sensation de pesanteur dans la gorge.

Parfois les douleurs pendant la déglutition sont très violentes.

La raucité de la voix n'existe pas toujours parce que le bourrelet d'une corde s'applique contre la partie excavée de la corde opposée, de sorte que la fermeture de la glotte devient possible.

L'auteur insiste sur un symptôme qu'il a rencontré 7 fois sur 11 cas observés, c'est une gêne dans l'abduction des cordes vocales, mais il ne s'explique pas la relation de ce symptôme avec la pachydermie.

Le traitement consiste en faibles doses d'iodure de potassium qui rétablit la motilité des cordes, agit contre les troubles subjectifs, et qui appliqué pendant assez longtemps fait presque complètement disparaître les bourrelets hypertrophiques.

LICHTWITZ.

De la paralysie fonctionnelle de la phonation articulée, par O. ROSENBACH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 46, 13 novembre 1890.)

L'auteur distingue deux catégories de paralysie fonctionnelle de la voix articulée. Dans la première il s'agit d'un manque absolu ou partiel de l'innervation; dans la seconde catégorie, l'émission de la parole est empêchée par une action défectueuse des muscles qui président à la phonation.

A la première catégorie appartiennent trois formes distinctes :
1° Tous les muscles qui participent à l'émission et à l'articulation de la voix restent inertes. Le malade ne met en jeu ni les muscles de la face ni ceux de la langue, du larynx et de l'appareil respiratoire. C'est une vraie aboulie qui survient habituellement après une frayeur ;

2° Dans cette forme le malade fait des mouvements avec les lèvres et la langue comme s'il voulait parler, mais l'innervation des cordes vocales et celle des muscles inspirateurs et expirateurs, nécessaires au mécanisme de la voix articulée, font complètement défaut ;

3° Le malade fait bien quelques mouvements saccadés des muscles expirateurs, mais les cordes vocales ne sont pas maintenues dans une adduction suffisante pour émettre un son.

Quelques groupes des muscles sont trop innervés, la plupart pas assez ; et le résultat de cette innervation défectueuse est que même la voix chuchotée ne peut être proférée.

Il existe des types de transition entre la deuxième et la troisième forme que nous venons d'esquisser.

A la deuxième catégorie appartiennent les cas dans lesquels la paralysie fonctionnelle est due à une action perverse des muscles. Malgré la forte innervation de certains groupes musculaires, la phonation n'est pas possible à cause d'une coordination défectueuse. Dans cette catégorie ce sont surtout les muscles du thorax et du ventre qui jouent un rôle important. Il peut se faire que les muscles de l'expiration sont seuls innervés, de sorte que les cordes vocales ne sont pas mises en vibration par l'air expiré. Dans d'autres cas, il s'agit d'une action perverse des muscles du larynx et du ventre à la fois.

L'auteur compare cette catégorie de paralysie fonctionnelle avec certaines formes de névroses professionnelles telle que la crampe des écrivains qui ne sont pas autre chose que des états d'innervation perverse.

Dans les cas de la première et de la deuxième catégorie, la parole ne peut être émise ni à voix haute ni à voix chuchotée malgré l'intégrité des appareils fonctionnels ainsi que celle des trajets nerveux qui président à la phonation.

Il ne peut s'agir dans ces cas que des troubles fonctionnels parce que les malades recouvrent souvent subitement la voix. Du reste, la phonation ne fait défaut que pour la voix articulée, mais elle existe, quand le malade tousse, rit ou quand il soupire.

Quant à l'étiologie de cette affection, les cas de la première catégorie sont d'origine émotive. Il s'agit donc là d'une affection purement psychique et par conséquent curable par un traitement psychique quelconque.

Dans les cas de la deuxième catégorie, la paralysie peut aussi être causée par une émotion psychique, mais la plupart du temps ce sont des affections périphériques le plus souvent en voie de guérison qui engendrent l'aphonie par perversion de l'innervation.

Les malades atteints d'une affection laryngée, pharyngée ou nasale forcent leur voix et créent ainsi, par l'habitude, une innervation perverse.

L'auteur propose de réunir toutes ces formes sous la dénomination de « paralysie fonctionnelle de la phonation articulée ».

Les détails de cette intéressante étude doivent être lus dans l'article original.

L. L.

Un cas de corps étranger du larynx, par P. WINTERNITZ et J. KARLINSKI. (*Prager med. Woch.*, n° 37, 1890.)

Il s'agit d'une sangsue qu'une paysanne, probablement en bu-

vant de l'eau la nuit, s'était introduite dans la bouche. La sangsue adhérait à la surface laryngée de l'épiglotte et n'en put être détachée qu'après des pulvérisations avec une solution concentrée de chlorure de sodium.

L. L.

Deux cas de guérison de tuberculose laryngée, par LAUENBURG.
(*Münch. med. Wochenschrift*, n° 17, 1890.)

Le traitement des deux cas qui ont été observés à la clinique du Dr Seifert, de Wurzburg, consistait en badigeonnages à l'acide lactique de 15 à 50 0/0 suivis d'insufflations d'iodol. Les badigeonnages se faisaient, au commencement, tous les deux jours, plus tard deux fois ou une fois par semaine seulement.

Dans le premier cas la guérison se maintient depuis un an. Dans le second cas l'ulcération de l'épiglotte se cicatrisait, bien que l'affection pulmonaire progressât.

LICHTWITZ.

Un cas d'aphonie hystérique guéri par l'application de l'électricité sur les branches musculaires de l'accessoire de Willis,
par TH. CLEMENS. (*Therapeutische Monatshefte*, p. 402, 1890.)

Il s'agit d'un cas d'aphonie nerveuse qui a été vainement traité par toutes sortes de moyens thérapeutiques, entre autres par le courant faradique extérieurement appliqué sur le larynx.

L'auteur, se rappelant que l'accessoire de Willis est le seul nerf cérébral qui, par ses grandes branches musculaires (sterno-cleido-mastoïdien, trapèze et omo-hyoïdien) soit facilement accessible aux courants électriques, pensait que les applications de l'électricité par ces branches pouvaient facilement provoquer des phénomènes réflexes.

Il électrisait donc les branches musculaires de l'accessoire de Willis en se servant alternativement de l'électricité statique et de sa batterie en spirale. Au bout de six jours, le malade commençait à parler, et après quinze jours l'aphonie avait complètement disparu.

L. L.

Tremblement hystérique, aphonie et bégaiement, par J. SINGER.
(*Prager med. Wochenschr.*, n° 42, 1890.)

La malade, âgée de 61 ans, souffre depuis vingt-trois ans d'enrouement passager. Depuis deux ans elle a des crises de bégaiement qui durent de quelques heures à plusieurs semaines.

Pendant que la malade raconte son histoire elle devient subitement aphone, mais au bout d'un moment l'aphonie disparaît et fait place au bégaiement. En parlant c'est ordinairement la pre-

mière syllabe qu'elle répète le plus souvent. En lisant des caractères imprimés elle ne bégaye pas du tout.

Il faut encore mentionner que la malade est atteinte depuis 1878 d'un tremblement des extrémités supérieures, principalement des mains.

Ce tremblement disparaît quand la malade exécute des mouvements volontaires, de sorte qu'elle peut écrire et coudre.

Le traitement électrique et bromuré est resté sans résultat appréciable.

L. L.

Une modification utile du galvanocautère du larynx, par
HERMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, 2 octobre 1890.)

La modification du cautère laryngé consiste en ce que les fils de cuivre sont soudés à angle droit à leur extrémité. La partie soudée a 3 millimètres de long et porte sur son extrémité la plaque en platine également de 3 millimètres de long, tandis que les cautères en usage sont tous munis d'une partie en platine ayant une longueur de 1 centimètre $\frac{1}{2}$ à 2 centimètres.

Le nouveau cautère aurait l'avantage sur les anciens de pouvoir être appliqué sur un point déterminé du larynx et même de l'espace sous-glottique sans léser d'autres parties du larynx, surtout quand le malade fait un mouvement de déglutition.

De plus, l'armature en platine, grâce au coude, peut facilement être suivie au miroir laryngé.

Il faut un cautère pour le côté droit, un autre pour le côté gauche et un troisième pour la paroi postérieure. L. L.

Technique opératoire dans les tumeurs rétro-nasales, par
L. GRUNWALD. (*Münch. med. Woch.*, n° 20, 1890.)

Dans les cas de tumeurs rétro-nasales, que ces dernières soient implantées dans le pharynx nasal ou sur le pourtour des choanes, l'auteur recommande un procédé ancien mais qui est tombé dans l'oubli. Voici ce en quoi il consiste : On introduit la sonde de Belloc par le nez dans la bouche, on y attache un chef du fil de laiton et en passant par un côté de la tumeur on le fait sortir de la narine. Puis on introduit la sonde de nouveau par la même narine et on prend l'autre chef du fil qu'on tire du nez en passant par l'autre côté de la tumeur. On a ainsi formé dans la bouche une anse dont les deux chefs sortent par une narine. On n'a qu'à tirer doucement les deux chefs du fil en dirigeant l'anse à l'aide de l'index de la main gauche contre la paroi postérieure

du pharynx pour voir glisser l'anse autour de la tumeur jusqu'à son point d'implantation.

L'auteur a, par ce procédé, enlevé un gros polype rétro-nasal qu'il avait vainement essayé d'extraire avec une anse introduite directement par le nez.

Dans un cas de sarcome du pharynx nasal il a également réussi à passer l'anse autour de la tumeur en se servant de la sonde de Belloc.

(A l'occasion de ce cas, l'auteur parle d'un accumulateur qui aurait eu une tension de 20 volts. Il a probablement voulu dire 2 volts.)

L. L.

De l'épistaxis, par C. ROSENTHAL. (*Deutsche med. Zeitung*, n° 3, 8 janvier 1891.)

L'article, écrit pour les médecins praticiens, résume brièvement l'état actuel de nos connaissances sur l'épistaxis. L. L.

Végétations adénoïdes chez les adultes, par PATRZEK. (*Deutsche mediz. Zeitung*, p. 841, 1890.)

L'auteur a observé quatre malades âgés de 28 à 42 ans, atteints de végétations adénoïdes. Il est d'avis que chez l'adulte cette affection n'est pas aussi rare qu'on l'a dit. L. L.

Sur le larmolement, par KIESSELBACH. (*Münch. med. Woch.*, n° 34, 26 août 1890.)

Dans cette courte note, l'auteur insiste sur la nécessité du traitement nasal surtout dans les cas de larmolement qui ne présentent aucune lésion des voies lacrymales. Il a pu constater que dans ces cas l'espace entre le cornet inférieur et la paroi latérale du nez était toujours plus étroit que dans les cas normaux. Il conseille de pratiquer l'ablation ou la cautérisation des parties hypertrophiées du cornet inférieur, voire même la résection d'une partie osseuse du cornet, et il dit sans autres détails qu'on peut souvent faire disparaître le larmolement par ce traitement.

Dans les cas de larmolement dû à des affections des voies lacrymales, l'examen nasal et le traitement des voies lacrymales par l'orifice inférieur peuvent avoir aussi leur utilité.

LICHTWITZ.

Un cas de pemphigus des muqueuses, par A. BANDLER. (*Prager med. Wochenschr.*, n° 42, 1890.)

La cas a été observé à la policlinique du professeur J. Singer,

de Prague. Il concerne un homme de 68 ans, montrant un peu de marasme sans autres affections constitutionnelles.

L'affection siège sur les muqueuses, buccale, pharyngée et laryngée, au pourtour de l'anus et dans un pli de l'ombilic et dure depuis deux ans. Elle se montre sous forme de vésicule ou plus souvent d'un enduit croupal grisâtre qui se détache facilement de la muqueuse peu hyperémiée.

Les vésicules ne restent jamais plus d'une journée sur les muqueuses. Tandis qu'elles persistent de deux à trois jours sur les limites de la muqueuse et de la peau. A la place de la vésicule de la muqueuse se forme un enduit grisâtre qui reste adhérent en moyenne quatre jours.

Chaque nouvelle éruption était précédée d'un malaise, de céphalalgie, de frisson et du vertige, etc. On ne constatait jamais de fièvre.

Le traitement fortifiant et le traitement local sont restés inefficaces.

Le pronostic doit être considéré comme grave étant données les récurrences fréquentes et l'augmentation du marasme.

LICHTWITZ.

Contribution à l'étude de la pathologie de la langue, par
M. JOSEPH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 18, 30 avril 1891.)

L'auteur rappelle d'abord les trois cas d'affection rare de la langue que Michelson a tout récemment publiés sous le nom de *glossite superficielle chronique*, nom qui a été donné à cette affection par Möller il y a 40 ans.

Cette affection se distingue par une rougeur offrant la forme de taches ou de stries, par des excoriations et par un gonflement de la langue. Mais ce qui est surtout caractéristique ce sont les troubles intenses dont se plaint le malade et qui ne sont nullement en rapport avec les altérations anatomiques qu'on découvre.

L'auteur rapporte un cas nouveau qu'il a observé pendant un an et demi. La jeune malade s'était brûlé la langue en mangeant un plat renfermant de la moutarde. Cette brûlure résistait à toutes les médications. Les mouvements de la langue étaient assez douloureux. La malade éprouvait surtout en mangeant de violentes douleurs produites par les mouvements de la langue et aussi par le contact des aliments. Il existait, en outre de la céphalalgie, des battements de cœur et de l'angoisse.

Localement, on voyait un gonflement de la langue. Sa surface

rouge, surtout sur les bords, était pourvue de rhagades et les papilles de la langue étaient saillantes, surtout les papilles caliciformes. Parmi les médicaments employés par l'auteur, l'acide lactique, en solution de 50 0/0, semblait mieux que les autres amener une amélioration bien que passagère dans l'état subjectif de la malade.

Il faut, d'après l'auteur, rapprocher de cette affection la maladie décrite par Kaposi sous le nom de glossolynie exfoliative.

A la fin, J... insiste de nouveau sur l'emploi de l'acide lactique dans la leucoplasie de la langue. LICHTWITZ.

Hémiatrophie de la langue d'origine extra-cranienne, par H. S. BIRKETT, de Montréal (*Hemiatrophia lingual of extra-cranial origin*) (*Montreal Med. Journ.*, mars 1891).

W. C. B..., 23 ans, raconte qu'il a eu les oreillons il y a neuf ans et a vu se développer bientôt après une tumeur dans le côté droit du cou, immédiatement derrière l'angle de la mâchoire. Quinze jours après le début de la tumeur, il ressentit les premiers troubles de la parole et d'autres phénomènes qui se sont accentués depuis. Au repos, on trouve la langue sur le plancher de la bouche, la pointe déviée à gauche, le côté droit de la langue paraissant beaucoup plus droit et bombé, mais l'aspect inverse se produit aussitôt que la langue est tirée : la pointe déviée à droite, la moitié droite petite, ridée, ratatinée, jaune, tandis que la moitié gauche est pleine, rouge. Les sensibilités gustative et tactile sont conservées à la langue ; il n'y a pas de contractions fibrillaires ; les muscles droits présentent la réaction de dégénérescence. Le voile du palais présente une paralysie du côté droit. Anesthésie absolue des piliers, du pharynx et du naso-pharynx. L'épiglotte est dans une position intermédiaire entre la verticale et l'horizontale et la phonation montre que le bord droit reste immobile. Paralysie incomplète de la corde vocale droite. Du côté des yeux, rétrécissement de la pupille et de la fente palpébrale droites. Derrière l'angle de la mâchoire se trouve une tumeur ferme, lisse, immobile contre le bord antérieur du sterno-mastoïdien. En comprimant la tumeur on provoque instantanément de la rougeur vive de la face à droite, de l'hyperhydrose de ce côté et une grande sécheresse de la gorge. Les symptômes observés conduisent au diagnostic suivant : la tumeur, ganglionnaire vraisemblablement, comprime ou englobe l'hypoglosse, le vague, le spinal, le plexus pharyngé et le ganglion cervical supérieur du grand lymph-

tique, en admettant les notions généralement enseignées ; il faut cependant remarquer que le voile du palais était paralysé, tandis que le nerf facial se trouvait intact ; l'opinion classique suivant laquelle l'arygos de la luette et le releveur du voile palatin (levator palati) recevaient leurs nerfs moteurs de la 7^e paire par le grand pétéreux superficiel se trouve en défaut. C'est la 11^e paire qui fournit ici à ces muscles ainsi que l'enseignent Horsley, Hughlings, Jackson et Fraenkel.

M. W.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ALLEMAGNE ET AUTRICHE

Larynx et Trachée.

Traitement du spasme de la glotte par excitation de la pituitaire, par Kurt (Soc. imp. roy. des méd. de Vienne, séance du 23 mai ; in *Allg. Wiener med. Zeit.*, 3 juin 1890).

Beitrag zur Localisation des corticalen Stimmen centruns beim Menschen. Contribution à la localisation du centre cortical de la voix chez l'homme, par Rossbach (*Deuts. Archiv. f. klin. Med.*, vol. 46, fasc. 2, p. 141).

Extirpation du larynx, par Bardenheuer (*Deuts. med. Woch.*, n° 21, 1890).

Zur Pathologie der Motilitätsstörungen des Kehlkopfes. Zwei Fälle von bilateraler Adductorenlähmungen. Pathologie des troubles de la motilité du larynx. Deux cas de paralysie bilatérale des adducteurs, par G. Scheff (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 3, 10 et 24 juin 1890).

Un cas d'aphasie, par Wernicke (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 3 juin 1890).

Plötzlicher Tod durch Hyperplasie der Thymus während der Tracheotomie. Mort subite par hyperplasie du thymus pendant la trachéotomie, par Kruse et Cahen (*Deuts. med. Woch.*, 22 mai 1890).

Zur Frage der Localisation des Kehlkopfes an der Grosshirnrinde. De la localisation corticale du larynx, par H. Krause (*Berl. klin. Woch.*, 23 juin 1890).

Die Lähmungen der Kehlkopfmusculatur im Verlaufe der Tabes Dorsalis. Les paralysies des muscles du larynx dans le tabes dorsal, par R. Dreyfuss (*Virchow's Archiv. f. path. anat. u. Phys. u. f. klin. med.*, 120 band, 1890).

Troisième contribution à l'étude de l'aphonie spastique, par G. Jonquière (*Monats. f. Ohrenh.*, juin 1890).

Corps étrangers du larynx, par M. Schaeffer (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., juin 1890).

Aiguille à coudre dans la trachée, par Schorler (Soc. de laryng. de Berlin ; in *Deuts. med. Zeit.*, 23 juin 1890).

Affections des voies respiratoires supérieures dues à l'influenza, par Lublinski et Landgraf (Soc. de laryng. de Berlin ; in *Deuts. med. Zeit.*, juin 1890).

De l'apathyrie, par Peltesohn (Soc. de laryng. de Berlin, 2 mai 1890 ; in *Berl. klin. Woch.*, 28 juillet 1890).

Œdème du larynx consécutif à l'emploi de l'iodure de potassium, par A. Rosenberg (Soc. de laryng. de Berlin, juin 1890; in *Deuts. med. Woch.*, n° 37, 1890).

Courte note sur douze extirpations du larynx, par A. Tietze (*Berl. klin. Woch.*, 21 juillet 1890).

Du sifflement inspiratoire comme signe de sténose trachéale, par Scheinmann (Soc. de laryng. de Berlin, juin 1890).

Intubation du larynx, par Seifert (*Munch. med. Woch.*, 15 juillet 1890).

Pyocétanine contre les ulcérations tuberculeuses du larynx et de la trachée, par J. Scheinmann (*Berliner klin. Woch.*, 18 août 1890).

Diagnostic et thérapeutique du cancer du larynx, par H. T. Butlin (Sect. de laryng. et rhinol., congrès de Berlin, août 1890).

Tumeurs malignes des voies aériennes supérieures, par Bosworth (Section de laryng. et rhinol., congrès int. de Berlin, août 1890).

Contribution à l'étude de l'origine du cancer du larynx, par Neumann (Section de laryng. et rhinol., congrès int. de Berlin, août 1890).

Laryngo-fissure, par Piniaczek (Section de laryng. et rhin., congrès int. de Berlin, août 1890).

Tubage du larynx, par O' Dwyer et Ranke (Sect. de pédiatrie du congrès int. de Berlin, août 1890).

Hypertrophie des cordes vocales inférieures, par Bandler (*Soc. des méd. all. de Prague*, 4 juillet; in *Wiener klin. Woch.*, 14 août 1890).

Casustiques des sténoses du larynx provoquées par des corps étrangers, par E. Kossow-Gerronay (*Wiener klin. Woch.*, 28 août 1890).

La laryngologie depuis le dernier congrès international en 1887, par B. Fraenkel (Sect. de lar. congrès int. de Berlin, août 1890).

Complication de la trachéotomie chez les vieillards, par Michael (Sect. de laryng. du congrès de Berlin, 1890).

Photographies du larynx pendant le chant, par T. R. French (Sect. de laryng. du congrès de Berlin, août 1890).

Traitement de la phthisie laryngée, par Størk et H. Krause (Sect. de lar. congrès de Berlin, août 1890).

Innervation motrice du larynx, par F. Semou et V. Horsley (Congrès de Berlin, août 1890).

Syphilis des voies aériennes supérieures, par G. M. Lefferts (Sect. de lar. du congrès de Berlin, août 1890).

Inflammations infectieuses aiguës du larynx et du pharynx, par F. Massei et M. Schmidt (Sect. de laryng. congrès de Berlin, août 1890; in *Wiener klin. Woch.*, 20 novembre 1890).

26 extirpations du larynx, par Hahn (Congrès de Berlin, août 1890).

Cas de cancer du larynx, par Chiari et Størk (Congrès de Berlin, août 1890).

Pachydermie laryngée, par Kuttner (Sect. de lar. congrès de Berlin, août 1890; in *Berl. klin. Woch.*, 8 septembre 1890).

Combinaison de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx, par J. Schuitzer (Sect. de lar. congrès de Berlin, août 1890; in *Int. klin. Rund.*, 21 septembre 1890).

Contribution à l'innervation du larynx, par Grabower (Sect. de lar. congrès de Berlin, août 1890).

Des tumeurs trachéales, par P. Koch (Sect. de lar. congrès de Berlin, août 1890).

Diagnostic et thérapeutique du cancer du larynx, par Gottstein (Sect. de lar. du congrès de Berlin; in *Allgem. Wiener med. Zeit.*, 2 septembre 1890).

Ueber das Vorkommen der Syphilis in den oberen Luftwegen. De la syphilis des voies aériennes supérieures, par L. Schrötter (Congrès de Berlin; in *Wiener klin. Woch.*, 11 et 18 septembre 1890).

Kann bei Larynxphthise durch endolaryngeale chirurgische Behandlung

eine radicale Ausheilung des Kehlkopfes erlangt werden? Peut-on obtenir la guérison radicale de la phthisie laryngée au moyen du traitement chirurgical? par T. Heryng (Congrès de Berlin, sect. de lar.; in *Berl. klin. Woch.*, 15 et 22 septembre 1890).

Ueber die Beziehungen des Carcinoms zur Pachydermie. Des rapports du carcinome avec la pachydermie, par A. Kuttner (*Virchow's Archiv.*, 121 Bd, 1890).

Ueber die Erscheinungen und Komplikationen von seiten der Respirationsorgane im Verlauf der Influenza-Epidemie. Sur l'apparition des complications du côté des organes respiratoires au cours de l'épidémie d'influenza, par A. Sokolowski (*Int. klin. Rundschau*, n° 11, 13, 14 et 15, 1890).

Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der Laryngitis subglottica hypertrophica chronica. Contribution à la pathologie et à la thérapeutique de la laryngite sous-glottique hypertrophique chronique, par A. Sokolowski (*Int. klin. Rundschau*, n° 19 et 20, 1890).

Heilung eines Larynxcarcinoms durch Extirpation eines Theiles der linken Hälfte des Kehlkopfes. Guérison d'un carcinome du larynx par l'ablation d'une partie de la moitié gauche du larynx, par Störk (*Wiener med. Woch.*, 9 août 1890).

Ein Fall von Kehlkopffraktur mit günstigem Ausgang. Un cas de fracture du larynx avec issue favorable, par A. Sokolowski (*Berl. klin. Woch.*, 6 octobre 1890).

Ueber Pachydermia laryngis besonders an der Interarytänoidalalte. De la pachydermie laryngée, surtout dans les plis interaryténoidiens, par O. Chari (*Wiener klin. Woch.*, 9 octobre 1890).

Luxation habituelle de l'articulation crico-thyroïdienne, par H. Braun (*Berliner klin. Woch.*, 13 octobre 1890).

Tuberculose laryngée chez l'enfant, par Falkenheim (*Veren f. Wissensch. heilk. zu Königsberg*, 31 mars; in *Berl. klin. Woch.*, 13 octobre 1890).

Sur un cas de verruca dura laryngis, par Bergengrün (*Archiv. f. pathol. anat.*, n° 3, 1890).

Beitrag zur Anatomie und Physiologie des Kehlkopfes. Contribution à l'anatomie et à la physiologie du larynx, par J. V. Beregszaszy (*Arch. f. gesamte Physiolog.*, p. 463, 1890).

Zur Klangfarbe der gesungenen Vocale. Du timbre des voyelles chantées, par H. Pipping (*Zeits. f. Biologie*, p. 1, 1890).

Le tubage du larynx et la trachéotomie dans le croup diphtéritique, par H. Wiederhofer (In-8° de 30 pages, Berlin, 1890).

Laryngocele mediana, par Madelung (*Archiv. f. klin. Chir. von Langenbeck*, fasc. 3, 1890).

Rapport sur 32 cas d'intubation du larynx pour croup, par Urban (*Deuts. Zeit. f. chir.*, t. XXXI, fasc. 1 et 2, 1890).

Stenoses tracheales, par M. Grossmann (*Wiener Klinik.*, h. 8, u. 4, 1890).

Un nouveau micromètre laryngien, par R. Wagner (*Berliner klin. Woch.*, 10 novembre 1890).

Todesfall nach Extirpation eines Kehlkopfpolyptes. Cas de mort à la suite de l'extirpation d'un polype du larynx, par Grünwald (*Monats. f. Ohrenh.*, octobre 1890).

Experimentelle Untersuchungen zur Lehre der Kehlkopflähmungen. Recherches expérimentales sur les paralysies du larynx, par A. Onodi (*Monats. f. Ohrenh.*, octobre et novembre).

Jauchige Phlegmone des Kehlkopfs-Tracheotomie (Heilung). Phlegmon infectieux de l'épiglotte. Tracheotomie (Guérison), par O. Chari (*Wiener klin. Woch.*, 13 novembre 1890).

Préparations microscopiques des muscles du larynx du cheval, par S.

Exner (*Soc. I. R. des méd. de Vienne*, séance du 7 novembre; in *Wiener klin. Woch.*, 13 novembre 1890).

Thérapeutique locale de la phisie laryngée, par J. Scheinmann (*Sect. de laryng.*, du congrès de Berlin; in *Berliner klin. Woch.*, 24 novembre 1890).

Examen laryngoscopique et microscopique d'atrophies musculaires consécutives à la section du larynx supérieur, par Exner (*Int. klin. Rundsch.*, 16 novembre 1890).

De la paralysie fonctionnelle du larynx, par O. Rosenbach (*Deuts. med. Woch.*, 18 novembre 1890).

Communication sur l'action observée jusqu'à présent de la méthode de Koch sur la tuberculose laryngée, par H. Krause (*Berlin. klin. Woch.*, 3 décembre 1890).

Sur l'action du remède de Koch dans les cas de tuberculose laryngée, par H. riel (*Deuts. med. Woch.*, n° 49, 1890).

Quelques remarques préliminaires sur le traitement de la tuberculose laryngée par le remède de Koch, par Lublinski (*Deuts. med. Woch.*, n° 49, 1890).

Die photographische Aufnahme des Kehlkopfs und der Mundhöhle. La représentation photographique du larynx et de la cavité buccale, par R. Wagner (*Berl. klin. Woch.*, 8 et 10 décembre 1890).

Fall von Larynx tuberculose, rasche Heilung. Cas de tuberculose laryngée, guérison prompte, par Oppenheimer (*Deuts. med. Woch.*, 4 décembre 1890).

Présentation d'un larynx portant des ulcérations tuberculeuses, par Langenhans (*Soc. des méd. de la Charité*, 4 décembre; in *Berl. klin. Woch.*, 10 décembre 1890).

Compte rendu de la section laryngologique du 10^e congrès international de médecine de Berlin, du 4 au 9 août 1890, par A. Rosenberg (*Int. Centr. f. laryng. Rhinol., etc.*, n° 4 et 5, 1890).

Fall von Verengung der Trachea bei einem 16 Tage alten Knaben mit sonstigen Bildungsanomalien, darunter auch Mangel der Milz. Cas de partage en trois de la trachée chez un enfant de 16 jours, avec d'autres anomalies, entre autres l'absence de rate, par H. Chiari (*Verein Deuts. Aerzte in Prag.*, 31 octobre; in *Wiener klin. Woch.*, 11 décembre 1890).

Présentation de malades traités par la méthode de Koch pour des affections laryngées, par Lublinski et Grabower (*Soc. de laryng. de Berlin*, séance du 5 décembre; in *Berl. klin. Woch.*, 15 décembre 1890).

Bisherige Erfahrungen über das Koch'sche Heilverfahren. Connaissances actuelles sur le traitement par la méthode de Koch, par Schraetter (*Wiener klin. Woch.*, 18 décembre 1890).

Tumeur sous la corde vocale gauche; laryngotomie partielle amenant une perichondrite. Trachéotomie. Guérison, par A. Koehler et Landgraf (*Berl. klin. Woch.*, 22 décembre 1890).

Communication sur le traitement par la méthode de Koch, par H. Krause (*Deuts. Gesellsch. für öffentliche Gesundheitspflege*, 8 décembre; in *Berl. klin. Woch.*, 22 décembre 1890).

Rapport sur les quatre premiers cas de tuberculose laryngée, traités par la méthode de Koch à la clinique de Bergmann, par Grünwald (*Munch. med. Woch.*, 2 décembre 1890).

Le remède de Koch dans la tuberculose laryngée, par Thost (*Deuts. med. Woch.*, 11 décembre 1890).

De l'emploi de la méthode de Koch dans la tuberculose, par B. Fraenkel (*Berl. klin. Woch.*, 29 décembre 1890).

Tuberculose laryngée traitée par la méthode de Koch, par E. von Bergmann (*Allgem. Wiener med. Zeit.*, 30 décembre 1890).

1. Fall von chronischer diffuser Erkrankung der Augenbindehäute der Schleimhaut der Nase, des Rachens, Kehlkopfs, der Trachea und der Mund-

dhöble. Pemphigus. Un cas d'affection diffuse de la conjonctivite, de la muqueuse du nez, du pharynx, du larynx, de la trachée et de la cavité buccale. Pemphigus. — II. Neubildungen im Kehlkopf. Néoplasies dans le larynx. — III. Zwei Fälle von Ankylose des crico-arytenoïdalen Versuch einer mechanischen Behandlung. Deux cas d'ankylose de l'articulation crico-aryténoidienne. Essai d'un traitement mécanique, par Landgr. f. (*Bert. klin. Woch.*, 5 janvier 1891).

Laryngoskopische Beobachtungen zur Koch'schen Heilmethode. Remarques laryngoscopiques sur la méthode de Koch, par T. S. Flatau (*Bert. klin. Woch.*, 13 janvier 1891).

Demonstrations à propos de la méthode de Koch, par B. Fraenkel (*Bert. med. Gesell.*, 14 janvier; in *Bert. klin. Woch.*, 19 janvier 1891).

Ueber einen Fall von primären Carcinom der Trachea. Sur un cas de carcinome primitif de la trachée, par F. Pick (*Verein Deutscher Aerzte, Prag.*, 5 décembre 1890; in *Wiener klin. Woch.*, 22 janvier 1891).

Klinischer Atlas der Laryngologie. Atlas clinique de laryngologie et de rhinologie, avec une introduction sur le diagnostic et la thérapeutique des maladies du larynx, de la trachée, du nez et du naso-pharynx, par J. Schnitzler en collaboration avec Hajek et A. Schnitzler (1^{re} partie, avec 32 illustrations, contenant 4 planches chromolithographiées et 24 gravures sur bois dans le texte, W. Braumüller, éditeur, Vienne. 1891).

Klinisches über die Innervation und den Muskelmechanismus des Kehlkopfes. Observation clinique sur l'innervation et le mécanisme des muscles du larynx, par Neuman (*Bert. klin. Woch.*, 9 février 1891).

Erfahrungen über die Anwendung des Koch'schen Mittels bei Kehlkopftuberculose. Communications sur l'emploi de la méthode de Koch dans la tuberculose du larynx, par J. Michael (*Deuts. med. Woch.*, n° 2, 1891).

Ueber die Indicationen der Intubation bei Diphtherie des Larynx. Sur les indications de l'intubation dans la diphthérie du larynx, par Escherich (*Wiener klin. Woch.*, 12 et 19 février 1891).

Beitrag zur Kenntniss der Aetiologie, Diagnose und Therapie des Vorfalles der Schleimhaut der Morgagnischen Taschen. Contribution à l'étude de l'étiologie, du diagnostic et de la thérapeutique du prolapsus de la muqueuse des ventricules de Morgagni, par Przedborski (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, etc., janvier, février et mars 1891).

De l'action du cantharide de potasse, par P. Heymann et B. Fraenkel (*Bert. med. Gesellsch.*; in *Bert. klin. Woch.*, 2 mars 1891).

Die Accumulatoren ein Dienste der Laryngologie. Les accumulateurs au service de la laryngologie, par W. Lamann (*Monats. f. Ohrenh., etc.*, février et mars 1891).

Contribution à l'étude de l'action de la tuberculine, par J. Schnitzler (*K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien.*, 14 mars; in *Wiener klin. Woch.*, 19 mars 1891).

Intubation du larynx, par Ranke (*Centralblatt f. Chir.*, 7 mars 1891).

Tuberculose du larynx, par E. Fraenkel (*Deuts. med. Woch.*, n° 9, 1891).

Die O'Dwyersche Tubage bei der diphtherischen Larynxstenose. Le tubage de O'Dwyer dans les sténoses diphthériques du larynx, par F. Schwalbe (*Bert. med. Gesellsch.*, 11 mars; in *Bert. klin. Woch.*, 30 mars 1891).

Tuberculose laryngée guérie par les injections de Koch, par Lenzmann (*Deuts. med. Woch.*, 22 janvier 1891).

Canule trachéale gardée pendant vingt-sept ans, par Lewin (*Deuts. med. Zeit.*, 5 mars 1891).

Dégénération des muscles du larynx chez le cheval après la section du nerf laryngé supérieur et inférieur, par F. Pineles (*Arch. f. gesammte Physiol.*, XLVIII, p. 17).

Etude anatomique sur la disposition des rameaux du pneumogastrique et du sympathique au niveau du larynx, par M. Alpiger (*Langenbeck's Archiv. f. klin. Chir.*, t. XI, fasc. 4).

De l'extirpation du larynx et du pharynx et de la création d'un nouveau pharynx au moyen d'un lambeau cutané, par K. Paulsen (*Centralblatt f. Chir.*, p. 15, 1891).

Intubation du larynx, par A. Baginski (*Bert. med. Gesells.*, 13 avril; in *Deuts. med. Zeit.*, 27 avril 1891).

Discussion sur les communications de MM. Schwalbe et Rosenbach sur l'intubation du larynx (*Bert. med. Gesells.*, 15 avril; in *Bert. klin. Woch.*, 11 mai 1891).

Affections laryngées consécutives à l'influenza, par Tschudi et Habart (*Wissensch. Verein der K. K. Militärärzte der Garnison in Wien.*, 14 février; in *Wiener klin. Woch.*, 28 mai 1891).

L'extirpation totale et partielle du larynx, par Lœb (*Dissert. Inaug. Bonn.*, 1891).

Traitement de la tuberculose laryngée par la méthode de Koch, par Moritz Schmidt (10^e congrès de méd. int.; in *Deuts. med. Woch.*, n° 17, 1891).

VARIÉTÉ

UN JUGEMENT DE LA COUR DE CASSATION D'AUTRICHE CONTRE UN MÉDECIN.

Le 25 février 1890, un petit garçon lança un grain de caroube dans l'oreille de la servante de la maison. Voyant qu'on ne pouvait le faire sortir, on appela le médecin de la commune, le Dr B... Après avoir vainement tenté de l'extraire à l'aide d'une pince, le médecin envoya chercher sa trousse et introduisit le stylet dans l'oreille, afin de se renseigner sur le siège du corps étranger. Cela fait, il chauffa l'instrument et fit courber sa pointe en forme de cuiller, par un profane, fit tenir le malade par deux hommes et commença à opérer dans l'oreille avec son stylet modifié. La malade poussa des cris perçants et les deux hommes qui la tenaient entendirent tout à coup un bruit ressemblant à la rupture d'une corde métallique tendue. Le médecin avait rompu le tympan. Après cette manœuvre on essaya tout pour guérir la malade, mais les médecins appelés déclarèrent que l'art médical était impuissant dans ce cas. La malade mourut le 17 mars dans des douleurs atroces.

L'autopsie et un rapport de la Faculté d'Innsbruck (Tyrol) décidèrent le parquet à poursuivre le Dr B... d'après l'article 356 de la loi (faute d'un médecin par ignorance). On l'accusa d'avoir pratiqué une opération irréfléchie et maladroite, d'avoir employé un instrument défectueux, fabriqué par un profane, enfin d'avoir montré une ignorance médicale qui avait causé mort d'homme. Le jugement défendait au Dr B... d'exercer sa profession avant d'avoir de nouveau subi ses examens de doctorat.

La cour de cassation confirma le verdict de la culpabilité, mais modifia la punition de la manière suivante : Le Dr B... a le droit d'exercer la médecine comme par le passé, mais s'il veut continuer à pratiquer la chirurgie, il doit subir de nouveaux

examens dans cette branche, car dans sa pratique médicale l'accusé ne s'est pas rendu coupable.

Il importe de citer encore un passage du rapport de la Faculté d'Innsbruck. La Faculté blâme qu'il existe encore des médecins n'ayant aucune notion de l'otologie; que cette branche de la médecine ne soit pas obligatoire dans les examens et que les étudiants soient forcés de payer de fortes sommes pour suivre un cours spécial d'otologie. Étant donné cet état de choses, il n'est pas étonnant qu'il y ait des docteurs qui ne sachent pas enlever un corps étranger de l'oreille.

ERRATUM

Page 555 des *Annales*, ligne 9 en partant du bas, lire au lieu d'*otite suppurative*, *ostéite suppurative*.

NOUVELLES

VIN DE CHASSAING. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bi-calciq. assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. — (Poudre de séné composée); une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Grave vertigine uditiva per prodotti colesteatomatose della cassa. Guarigione (Vertige auriculaire grave provenant de produits cholestéatomateux de la caisse. Guérison, par A. TRIFILETTI. (Extrait de la *Riv. Clin. e Terap.*, Naples, 1891.)

Olite media bilaterale. Congestione meningo encefalica. Guarigione, par A. TRIFILETTI. (Extrait de la *Gazz. degli Ospitali*, n° 42, 1891.)

Ueber die Bedeutung behinderter Nasenathmung für die körperliche die geistige und die sprachliche Entwicklung der Kinder (Du traitement de l'obstruction nasale au point de vue du développement du corps, de l'intelligence et de la parole chez les enfants, par M. BRESGEN. (Tirage à part du *Monats. f. gesammte Sprachheilkunde*, juillet 1891.)

De l'angine de Ludwig-Leçon de F. Schiffers, recueillie par DUCHESNE. (*Gaz. méd. de Liège*, 6 août 1891.)

De la spécialisation dans l'enseignement médical. Des relations des études laryngologiques et otologiques avec la médecine et la chirurgie générales. Discours d'ouverture des cours de clinique laryngologique et otologique faits par F. SCHIFFERS. (Imp. A. Faust, Liège, 1891.)

Ueber Intubation des Larynx, par A. ROSENBERG. (Tirage à part de la *Berl. klin. Wochens.*, n° 25, 1891.)

Ein Ausguss vom pneumatischen Höhlen System der Nase (Epanchement provenant du système des cavités pneumatiques du nez), par F. SIEBENMANN. (Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1891.)

I. — Ueber eine der häufigsten Ursachen progressiver Schwerhörigkeit (Sur une des causes les plus fréquentes de la surdité progressive).

II. — Vereiterndem Cholesteatom (Cholestéatome suppurant).

III. — Metallaussüsse der Nase (Epanchement métallique du nez), par SIEBENMANN. (Tirage à part du *Correspond.-Blatt f. Schweiz. Aerzte*, 1891.)

Die Metalleorrosion (La corrosion métallique), par F. SIEBENMANN. (Tirage à part des *Archiv f. Ohrenh.*, 1891.)

L'éclairage par transparence dans dix cas d'empyème du sinus maxillaire, par W. SCHLEICHER. (Extrait des *Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, 1891.)

Le Gérant : G. MASSON.

